Hjälpmedel Stockholm
REGION STOCKHOLM

KONSULTATION

☐ Manuell rullstol ☐ Arbetsstol/Ståstödsstol ☐ Uppresningsstol ☐ Dyna/Sits ☐ Bälte/Sele ☐ Vagn

☐ Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med ”bilaga sittanalys”. ☐ Bifogar bilaga

Förskrivare		**Patient**	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel ☐ AT ☐ SG/FT	Namn	
Telefon – ***Ej växelnummer***		Adress	Portkod
E-post		Postnummer	Ort
Arbetsplats		Ev. kontaktperson	Telefon – ***Helst mobiltelefon***

Diagnos och funktionsnedsättning. Om smittorisk föreligger, ange vilken (exempelvis MRSA)

Problemställning

Målsättning

Övrigt

Nuvarande stol/rullstol och dyna, alternativt registreringsnummer

Överflyttning till/från rullstol/stol

☐ Utan assistans ☐ Med assistans ☐ Med lyft ☐ Annat:

Förflyttning med rullstol/stol

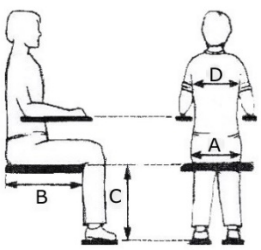
☐ Driver manuellt ☐ Sparkar sig fram ☐ Körs av annan person ☐ Annat:

Hur lång tid sitter patienten i sin stol/rullstol?

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska rullstolen fungera?

☐ Inne	☐ Ute	☐ Egen bil	☐ Färdtjänst	☐ Annat:
☐ Eget boende		☐ Korttidsboende	☐ Förskola	
☐ Boende med särskild service enligt LSS		☐ Daglig verksamhet enligt LSS	☐ Skola	
☐ Särskilt boende för äldre		☐ Dagverksamhet för äldre	☐ Rh-klass/särskolegrupp	

Sittbredd (A)	cm
Sittdjup (B) hö/vä	cm
Underbenslängd (C)	cm
Bålbredd (D)	cm
Kroppsvikt	kg
Kroppslängd	cm



Hjälpmedel Stockholms anteckningar
Scannad ☐ Ankomstregistrerad ☐
Datum: Signatur: