

KONSULTATION

DRIVAGGREGAT, VÅRDARMANÖVRERAT

FÖRSKRIVARE		PATIENT	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG	Namn	
Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>		Adress	
E-post	Postnummer	Ort	
Enhet	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

ANVÄNDNINGSSOMRÅDE	
<input type="checkbox"/> Eget boende, körs av närstående	<input type="checkbox"/> Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 tim per vecka från Försäkringskassan)
<input type="checkbox"/> Övrigt	

Läs igenom checklisten "Inför förskrivning av drivaggregat" innan du fyller i resten av blanketten

Diagnos och funktionsnedsättning	
Problemställning	
Målsättning	
Övrigt	
Beskriv miljön där drivaggregatet ska användas:	
Ange andra mått att ta hänsyn t.ex. dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/överflyttning:	Ev. hiss (cm)
	Längd:
	Bredd:

Kroppsmått	
sittbredd	_____ cm
kroppsvikt	_____ kg
kroppslängd	_____ cm

Har tidigare haft kontakt med hjälpmedelskonsulent/tekniker kring detta hjälpmedel

Hjälpmedel Stockholms anteckningar	
Scannad <input type="checkbox"/>	Ankomstreg <input type="checkbox"/>
Datum:	Signatur: