

KONSULTATION – BILANPASSNING

Behovstrappa	<input type="checkbox"/> 4. Förflytta sig utanför bostaden för att utföra dagliga livets aktiviteter	<input type="checkbox"/> 5. Förflytta sig för att ta promenader	<input type="checkbox"/> 6. Förflytta sig för att delta i samhällslivet	<input type="checkbox"/> 7. Förflytta sig för att utöva fritt valda aktiviteter
Beslutsstöd	Frekvens:	Effekt/Nytta:	Resultat:	

Läs igenom reglerna för bilanpassning på Hjälpmedelsguiden innan du fyller i blanketten

FÖRSKRIVARE
PATIENT

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

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING**BILENS ANVÄNDNINGSSOMRÅDE****PROBLEMSTÄLLNING****MÅLSÄTTNING**

Postadress
Box 139, 125 23 Älvsjö

E-post
hjalpmedelstockholm.siso@sil.se

Besöksadress
Bergtallsvägen 10, Älvsjö

Hemsida
www.hjalpmedelstockholm.se

Telefon
08- 123 476 00

Fax
08- 123 498 03

KONSULTATION – BILANPASSNING

PATIENT
Personnummer

FAKTA OM BILEN	
Ägare:	
Bilmärke:	Reg nr:
Årsmodell:	

KÖRKORTSUPPGIFTER (fylls i om anpassning avser manöverorgan)	
Körkortsbehörighet:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Ingen körkort
Körkortsvillkor:	
Körkorts giltighetstid:	

BILANPASSNING AVSER		
<input type="checkbox"/> Förare	<input type="checkbox"/> Manuell växellåda	<input type="checkbox"/> Körreglage
<input type="checkbox"/> Passagerare	<input type="checkbox"/> Automatlåda	<input type="checkbox"/> Vridplatta säte
		<input type="checkbox"/> Lyft, ramp, fastsättningsanordning

TIDIGARE BILANPASSNING				
Har patienten fått en bilanpassning tidigare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Vilket år?				
Bilanpassningsföretag:				
På samma bil som nu?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Bekostades av:	<input type="checkbox"/> SLL	<input type="checkbox"/> Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Försäkringsbolag	<input type="checkbox"/> Själv

BEFINTLIGA FÖRFLYTTNINGS HJÄLPMEDEL	
	Modell:
Manuell rullstol:	
El-rullstol:	
Gånghjälpmedel	

INFORMATION OM BILANPASSNINGAR:

Hjälpmedel Stockholm anlitar externa leverantörer för bilanpassningar och under konsultation kommer ni att träffa en representant från någon av våra leverantörer samt en hjälpmedelskonsulent. Om bilanpassning avser anpassning av manöverorgan för första gången så kommer även trafikinspektör från transportstyrelse vara närvarande.

Om patienten har särskilda önskemål och skäl vad gäller val av extern leverantör så kan ni meddela det till oss på fältet nedan.

ÖVRIGT:

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

Postadress
Box 139, 125 23 Älvsjö

Besöksadress
Bergtallsvägen 10, Älvsjö

Telefon
08- 123 476 00

E-post
hjalpmedelstockholm.sso@sll.se

Hemsida
www.hjalpmedelstockholm.se

Fax
08- 123 498 03