

KONSULTATION

DRIVAGGREGAT, BRUKARMANÖVRERAT

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>	

Nuvarande rullstol, alt. regnr:

Diagnos och funktionsnedsättning

Problemställning

Målsättning

Övrigt

Beskriv miljön där drivaggregatet ska användas:

Ska rullstolen fällas ihop för transport i bil? Ja Nej

Kroppsmått	
sittbredd	_____ cm
kroppsvikt	_____ kg
kroppslängd	_____ cm

Har tidigare haft kontakt med hjälpmedelskonsulent/tekniker kring detta hjälpmedel

Hjälpmedel Stockholms anteckningar

Scannad Ankomstreg

Datum: Signatur: