

KONSULTATION – ELEKTRISK RULLSTOL

<input type="checkbox"/> Behov av 1:a elrullstol	<input type="checkbox"/> Behov av 2:a elrullstol	<input type="checkbox"/> Byte av elrullstol	<input type="checkbox"/> Anpassning av befintlig elrullstol
Nuvarande elrullstol	Modell:	Regnr:	

<input type="checkbox"/> Föreligger sittproblem, komplettera med "Bilaga sittanalys"	<input type="checkbox"/> Bifogar "Bilaga sittanalys".
--	---

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>

BEDÖMNING ENL HJÄLPMEDELSGUIDENS BESLUTSTÖD		
Frekvens:	Effekt/Nytta:	Resultat:
Kommentar:		

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

PROBLEMSTÄLLNING

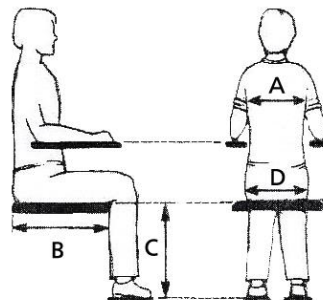
MÅLSÄTTNING

Överflyttning till/från rullstol/stol			
<input type="checkbox"/> utan assistans	<input type="checkbox"/> med assistans	<input type="checkbox"/> med lyft	<input type="checkbox"/> annat:

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter skall elrullstolen fungera:			
<input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Inne/Ute	<input type="checkbox"/> Ute/Inne	<input type="checkbox"/> Ute
<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Förskola	
<input type="checkbox"/> Boende med särskild service enligt LSS	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS	<input type="checkbox"/> Skola	
<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre	<input type="checkbox"/> Dagligverksamhet för äldre	<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp	

Kroppsmått

sittbredd (D)	_____	cm
sittdjup (B) hö/vä	_____	cm
underbenslängd (C)	_____	cm
bålbredd (A)	_____	cm
kroppsvikt	_____	kg
kroppslängd	_____	cm



Hur lång tid sitter patienten i sin elrullstol
Har tidigare haft kontakt med konsultent, namn:
Har tidigare haft kontakt med tekniker, namn:

KONSULTATION – ELEKTRISK RULLSTOL

PATIENT

Personnummer

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av blanketten

ÖVRIGT

BESKRIV MILJÖN DÄR ELRULLSTOLEN SKALL ANVÄNDAS

Inomhus:

Utomhus:

Ange andra mått att ta hänsyn till som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/överflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad

Ja Nej **Kommentar:**

Trolig modell av elektrisk rullstol

Manuell styrning/styre

Joysticksstyrning

Styrsätt på rullstolen

Reglage höger Reglage vänster Vårdarstyrning Alternativt styrsätt (knappar, sug/blås, mittstyrning mm)

Enbart vårdarstyrning

Eget boende, körs av närstående Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 tim per vecka från Försäkringskassan)

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt styrd elrullstol)

Hjälpmedel Stockholms anteckningar

Scannad

Ankomstreg

Datum:

Signatur:

**Vi erbjuder tid för utprovning via e-post eller telefon.
Förskrivaren skall kontakta patienten och eventuellt andra inblandade.**