

## KONSULTATION

<input type="checkbox"/> Hygienhjälpmedel	<input type="checkbox"/> Säng/sänghjälpmedel	<input type="checkbox"/> Tyngdtäcken	<input type="checkbox"/> Överflyttningshjälpmedel
Föreligger sittproblem, komplettera med "Bilaga sittanalys"			<input type="checkbox"/> Bifogar "Bilaga sittanalys".

FÖRSKRIVARE		PATIENT	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel	Namn	
Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>		Adress	Portkod
E-post		Postnummer	Ort
Enhet		Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>

**DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING:**

**PROBLEMSTÄLLNING:**

**MÅLSÄTTNING:**

**ÖVRIGT:**

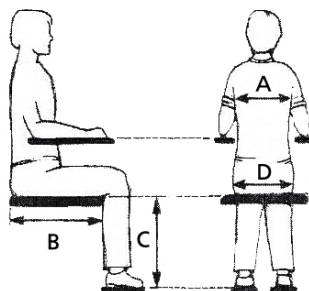
**Nuvarande hjälpmedel:**

**Hjälpmedlets användningsområde:**

<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/vå	_____	cm
underbenslängd (C)	_____	cm
bålbredd (A)	_____	cm
kroppsvikt	_____	kg
kroppslängd	_____	cm



Har tidigare haft kontakt med konsultent:	_____
Har tidigare haft kontakt med tekniker:	_____

**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.sls@sil.se

*Hemsida*  
www.hjalpmedelstockholm.se

*Fax*  
08- 123 498 03