

KONSULTATION

<input type="checkbox"/> Gånghjälpmedel	<input type="checkbox"/> Trehjulig cykel	<input type="checkbox"/> Ståhjälpmedel	<input type="checkbox"/> Träningshjälpmedel
---	--	--	---

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

Mått

golv - handled	_____	cm
golv - axill	_____	cm
golv - armbåge	_____	cm
innerbenslängd	_____	cm
kroppsvikt	_____	kg
kroppslängd	_____	cm

Har tidigare haft kontakt med konsulent: _____
 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.slso@sl.l.se

Hemsida
www.hjalpmedelstockholm.se

Fax
08- 123 498 03