

KONSULTATION – TAKLYFT

Denna blankett används endast när du önskar konsultationshjälp
 Komplettera alltid med beställning av taklyft projektering/motering i
 Beställningsportalen + en kommentar om att denna blankett är inskickad.

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>	

SPECIFIKATION

Konsultationen gäller taklyft i:			
<input type="checkbox"/> Sovrum	<input type="checkbox"/> Badrum	<input type="checkbox"/> Hall	<input type="checkbox"/> Annat rum:
Har patienten mobil personlyft?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Diagnos och funktionsnedsättning
Problemställning
Målsättning

Övrigt
Har tidigare haft kontakt med hjälpmedelskonsulent/tekniker kring detta hjälpmedel:

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@sll.se

Hemsida
 www.hjalpmedelstockholm.se

Fax
 08- 123 498 03