

KONSULTATION

- Kognitionshjälpmedel (tid, minne, planering) Larm Samtalshjälpmedel
 Styrsett till dator Fjärrstyrning/ Omgivningskontroll Annat:
 Syn

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>	

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutstöd:	
Frekvens:	Effekt/Nytta:

Diagnos och funktionsnedsättning: Om smittrisk föreligger, vänligen ange vilken (exempelvis MRSA)

Problemställning:

Målsättning:

I vilka miljöer ska hjälpmedlet fungera?
<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

Vilka åtgärder har tidigare provats för att förbättra situationen?

Eventuellt förslag på hjälpmedel:

FUNKTIONSFÖRMÅGA

Kognition (t ex begreppsförmåga, tidsuppfattning samt läs- och skrivförmåga):

Ingen kognitiv funktionsnedsättning

Motorik (omfattningen av den fysiska funktionsnedsättningen samt eventuellt oralmotoriska problem):

Ingen motorisk funktionsnedsättning

Nuvarande kommunikationsförmåga:

Ingen nedsatt kommunikationsförmåga

Vilken fysisk förmåga har patienten mest kontroll över?

Ingen nedsatt fysisk förmåga

Syn:

Ingen nedsatt syn

Hörsel:

Ingen nedsatt hörsel

Gäller hjälpmedel till dator/surfplatta:

Typ av befintlig dator: Stationär Bärbar PC Mac

Version av operativsystem:

Typ av befintlig surfplatta: iOS Android Windows

Version:

Vad ska patienten kunna göra i sin dator/surfplatta?

Om patienten använder rullstol; ange typ (ute/inne, el-/manuell rullstol, modell)

Vem/vilka kommer att vara med vid konsultationen?

Övriga upplysningar: