

## Motivering till ansökan om ytterligare NF-walker

Ansökningsdatum:

Förskrivare:	Patient:
Kombikod:	Personnummer:
Telefonnummer:	
E-post	

### Ansökan gäller

- Ett extra underrede       En komplett extra NF-walker

### Bedömning enl Hjälpmedelsguidens beslutstöd

Effekt/nytta: ange siffra

Frekvens: ange siffra

Ange resultat (multiplitera föregående siffor)

### Förskrivaren ska svara på följande frågor

Hur upplever patienten användandet av sin NF-walker idag?

Hur ofta och hur länge använder patienten sin NF-walker idag?

Vad förväntar du dig för effekt/nytta av att patienten har två NF-walker?

Hur mycket lättare blir det att utföra gångträningen?
Hur svårt är det att utföra förflytta NF-walkern mellan hem och skola/förskola idag? Motivera.
Hur tror du det skulle påverka patienten om hon/han inte fick NF-walkern? Vad skulle hända om patienten inte får två?

Uppgifter om patienten, ifylles endast vid ansökan om komplett extra NF-walker	
Patientens längd:	Patientens höftbredd:

Ifylles av Hjälpmedel Stockholm	
Beslut	Datum