

Enstaka elrullstol utanför ordinarie sortiment

Förskrivaren ska ha diskuterat med hjälpmedelskonsulent angående behovsanalys och gemensamt bedömt att befintliga produkter uteslutits som alternativ för att täcka patientens behov. Om du klickar på länken *efter* att du redan fyllt i formuläret så kommer all text att försvinna.

www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel ☐ AT ☐ SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Ej växelnummer</i>		Adress	Portkod
E-post		Postnummer	Ort
Arbetsplats		Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>

ANVÄNDNINGS- OMRÅDE	☐ Eget boende	☐ Särskilt boende för äldre	☐ LSS-boende
	☐ Dagverksamhet	☐ Skola	☐ Förskola
	☐ Rh-klass/särskolegrupp	☐ Korttidsboende	☐ Övrigt
Har haft kontakt med konsulent, namn:			
Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:			
Frekvens:		Effekt/Nytta:	

Bakgrund	
Diagnos, problem:	
Befintligt hjälpmedel, ange modell:	
Behov	
☐ Behov av funktioner, sits (t ex extra tilt grader, tillbehör)	
☐ Behov av funktioner, chassi (t ex bredd, köregenskaper)	
☐ Behov av funktioner, elektronik (t ex alternativ styrning)	
☐ Användningsområde (t ex boendemiljö, utomhusmiljö)	
☐ Kognitiva behov	
☐ Övrigt	

Ordinarie sortiment som provats i aktuellt ärende, ange 2-3 hjälpmedel	
Nr 1 Hjälpmedel, produktbenämning:	Detaljerad beskrivning varför det ordinarie sortimentet inte fungerar:
Nr 2 Hjälpmedel, produktbenämning:	Detaljerad beskrivning varför det ordinarie sortimentet inte fungerar:
Övrig information:	
Ansökan avser hjälpmedel	
Leverantör	Artikelbenämning
Artikelnummer	Antal
Angelägenhetsprövning. Vad blir konsekvensen för patienten vid uteblivet hjälpmedel?	
Målsättning. Ange specifikt och detaljerat målsättningen med hjälpmedlet.	