

CHECKLISTA UPPFÖLJNING RULLSTOL-ELDRIVEN

| | |
|---|---|
| Hur ofta används stolen | Hela dagen Del av dagen Flera gånger/vecka En gång/ vecka Mer sällan än en gång/ vecka Under viss säsong /aktivitet/ |
| Var används rullstolen? | Inne Främst inne/ibland ute Främst ute/ibland inne Ute |
| Hur långt körs elrullstolen i genomsnitt vid varje användningstillfälle? | Inom bostaden Mindre än 1 km 1-5 km 5-10 km 10-30 km |
| Sitsjusteringar | Klarar patienten sitsjusteringar Klarar anhöriga/personal sitsjusteringar |
| Manövrering | Behärskar patienten manövrering Behärskar anhöriga/personal manövrering |
| Vad fungerar bra? | |
| Vad fungerar mindre bra? | |
| Behövs några kompletteringar? | |
| Skall någon/några nya restriktioner ges gällande användningen? | |
| Är patientens förväntningar på elrullstolen uppfyllda? | Ja/Nej |
| Är förskrivarens syfte med elrullstolen uppfyllt? | Ja/Nej |