

Enstaka elrullstol utanför "Kloka hjälpmedelslistan"

Förskrivaren ska ha diskuterat med hjälpmedelskonsulent angående behovsanalys och gemensamt bedömt att befintliga produkter uteslutits som alternativ för att täcka patientens behov. <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/>

FÖRSKRIVARE				PATIENT			
Enhet/kombikod		Yrkeskategori		Personnummer			
Namn				Namn			
Telefon (helst mobil)		Epost		Eventuell kontaktperson		Telefon	
YRKESKATEGORI	<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> SG	<input type="checkbox"/> LOG	<input type="checkbox"/> SSK	<input type="checkbox"/> LÄK	<input type="checkbox"/> SYNPED	<input type="checkbox"/> ÖVR
ANVÄNDNINGS-OMRÅDE	<input type="checkbox"/> Eget boende		<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre		<input type="checkbox"/> LSS-boende		
	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet		<input type="checkbox"/> Skola		<input type="checkbox"/> Förskola		
	<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp		<input type="checkbox"/> Korttidsboende		<input type="checkbox"/> Övrigt		
Har haft kontakt med konsulent, namn:							

Bakgrund	
Diagnos, problem:	
Befintligt hjälpmedel, ange modell:	
Behov	
<input type="checkbox"/> Behov av funktioner, sits (t ex extra tilt grader, tillbehör)	
<input type="checkbox"/> Behov av funktioner, chassi (t ex bredd, köregenskaper)	
<input type="checkbox"/> Behov av funktioner, elektronik (t ex alternativ styrning)	
<input type="checkbox"/> Användningsområde (t ex boendemiljö, utomhusmiljö)	
<input type="checkbox"/> Kognitiva behov	
<input type="checkbox"/> Övrigt	

Enstaka elrullstol utanför "Kloka hjälpmedelslistan"

Förskrivaren ska ha diskuterat med hjälpmedelskonsulent angående behovsanalys och gemensamt bedömt att befintliga produkter uteslutits som alternativ för att täcka patientens behov. <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/>

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:	
Nr 3 Hjälpmedel, produktbenämning:	Detaljerad beskrivning varför det ordinarie sortimentet inte fungerar:	
Övrig information:		
Ansökan avser hjälpmedel		
Leverantör	Artikelbenämning	
Artikelnummer	Antal	
Ange specifikt och detaljerat vilka behov som tillgodoses med det valda hjälpmedlet		
Hjälpmedlets effekt på patientens hälsa och livskvalitet. Ange målsättning med hjälpmedel		
Angelägenhetsprövning. Vad blir konsekvensen för patienten vid uteblivet hjälpmedel		
Bedömning enl. Hjälpmedelsguidens beslutsstöd		
Effekt/nytta: ange siffra	Frekvens: ange siffra	Ange resultat (multiplicera föregående siffror)