

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård.	Ja	Nej/Samtycke ej tillämpligt
Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.	Nej	Ja, vad:

## KONSULTATION gällande

Ätapparat/Måltidshjälpmiddel

Annat, ange vad:

### BEHOVSTRAPPA enligt hjälpmedelsguiden

Ange behovstrappa	Aktiviteter i dagliga livet	Förflyttning	Kommunicera	Vård o behandling
Ange trappsteg				

### BESLUTSSTÖD enligt hjälpmedelsguiden

Effekt/nytta:	0 (ingen)	1 (mycket liten)	2 (måttlig)	3 (stor)	4 (mycket stor)
Frekvens:	0 (extremt sällan)	1 (mycket sällan)	2 (sällan)	3 (ofta)	4 (mycket ofta)

### FÖRSKRIVARE

### BRUKARE

Kombikod (11 tecken)		Datum		Personnummer	
Namn		Titel		Namn	
Arbetsplats		Adress		Portkod	
Adress		Boendenamn			
Postnummer	Ort	Postnummer	Ort		
Telefon (inkl riktnummer)		Mobil/direktnummer		Telefon	Mobil
E-post		Kontaktperson		Telefon	
Region	Kommun	Privat	Särskilt boende	Boende med särskilt stöd/LSS	Eget boende

### INFORMATION OM BRUKARE

#### DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Även ex. motorik, hand/armfunktion, kognition, syn och hörsel

Initialer (Brukarnamn):

## STATUS

Finns sväljsvårigheter?	Nej	Ja, kommentar:
Har brukaren nedsatt rörlighet i nacke/huvud?	Nej	Ja, kommentar:

## ÖVRIGT GÄLLANDE STATUS

## NUVARANDE MATSITUATION

Äter brukaren ensam?	Ja	Nej
Finns behov av assistans vid måltider?	Nej	Ja, kommentar:
Finns behov av att sitta vid flera olika matplatser?	Nej	Ja, kommentar:
Typ av matbord (form, höjd m.m):		
Behöver befintligt bord anpassas?	Nej	Ja, kommentar:
Har brukaren möjlighet att byta bord om befintligt ej går att anpassa?	Ja	Nej
Övrigt gällande matsituationen:		

## PROBLEMSTÄLLNING

Hur fungerar måltiderna idag, hur äter brukaren i dagsläget, vilka svårigheter finns, har svårigheterna ökat/minskat?

## MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

## FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

## ANVÄNDNINGOMRÅDE/MILJÖ

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska hjälpmedlet fungera?				
Inomhus	Utomhus	Hemmet	Särskilt boende	Daglig verksamhet
Skola	Förskola	Färdtjänst	Egen bil	Annat:

## Övriga information att ta hänsyn till:

Ingen övrig information finns
Annan information finns (fyll i nedan)