

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

<b>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.</b>	Ja	Nej/Samtycke ej tillämpligt
<b>Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.</b>	Nej	Ja, vad:

## KONSULTATION gällande

Hjälpmedel för kognitivt stöd

**Gäller ej för förskrivning via Region Stockholm.**

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		
Kombikakod (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

### DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

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

Initialer (Brukarnamn):

#### BRUKARENS RESURSER OCH SVÅRIGHETER

Minne
Tidsuppfattning
Planeringsförmåga
Koncentrationsförmåga
Begreppsuppfattning
Kommunikation i tal och skrift
Hand- och armfunktion
Syn
Hörsel

#### NUVARANDE HJÄLPMEDEL

--

#### PROBLEMSTÄLLNING

--

#### FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

#### MOBILT OPERATIVSYSTEM SOM SKA ANVÄNDAS

Android	iOS	Annat:
---------	-----	--------

#### ANVÄNDNING

Var/när ska hjälpmedlet användas?

#### INTRÄNING OCH UPPFÖLJNING

Vem/vilka ansvarar för inträning?
Vem/vilka ansvarar för uppföljning?

#### Övrig information att ta hänsyn till:

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

--