

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

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

KONSULTATION gällande

Taklyft

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):

PROBLEMSTÄLLNING

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

ANVÄNDNINGOMRÅDE/MILJÖ

I vilken typ av boende ska taklyft monteras?		
Flerfamiljshus	Särskilt boende	Villa/radhus
I vilket/vilka rum ska taklyft monteras?		
Sovrum	Badrum	Annat rum, ange var:
Har taklyft provats tidigare?		
Nej	Ja, beskriv hur det fungerat:	
Hur ska överflyttning ske?		
Med vårdare	Självständigt	
Brukarevikt över 150 kg	Nej	Ja: kg
Övriga uppgifter:		

Övriga kritiska mått eller övrig information att ta hänsyn till:

Inga övriga kritiska mått eller övrig information finns

Annan information/kritiska mått finns (fyll i nedan):