

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

KONSULTATION gällande

Scooterdirekt (förskrivning utan fysiskt besök på Sodexo Hjälpmedelsservice Stockholm)
Gäller elscootrar i det ordinarie sortimentet (1:a handsval) samt Eloflex F.

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

INFORMATION OM BRUKARE

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

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

Initialer (Brukarnamn):

MÅTT

Sittbredd (D)	cm	
Sittdjup (B)	cm	
Underbenslängd (C)	cm	
Rygghöjd (A)	cm	
Rygghöjd (E)	cm	
Bålbredd (F)	cm	
Kroppsvikt	kg	
Kroppslängd	cm	

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

Har inget hjälpmedel av denna typ.

Nuvarande hjälpmedel finns:

Individnummer:

Modell:

Vid byte av elrullstol. Orsak till byte:

PROBLEMSTÄLLNING

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

FÖRVARING/ANPASSNING AV BOENDEMILJÖ

Finns förvaringsplats och laddningsmöjlighet för elrullstolen:

Ja Nej, kommentar

Finns behov av bostadsanpassning?

Nej Ja Ansökan om bostadsanpassning är gjord, ange datum:

VAL AV HJÄLPMEDEL ATT FÖRSKRIVA + TILLBEHÖR (bakspeglar, kryckkäpphållare, rollatorhållare m.m)

ÖVRIGT