

KONSULTATION gällande Hjälpmedel för kognitivt stöd

För förskrivare inom Sodexos kommunavtal
13 kommuner

Ange behovstrappa	<input type="checkbox"/> Dagliga livet	<input type="checkbox"/> Förflyttning	<input type="checkbox"/> Kommunikation	<input type="checkbox"/> Vård o behandling	
Ange trappsteg					
BESLUTSSTÖD					
Effekt/nytta:	<input type="checkbox"/> 0 (ingen)	<input type="checkbox"/> 1 (mycket liten)	<input type="checkbox"/> 2 (måttlig)	<input type="checkbox"/> 3 (stor)	<input type="checkbox"/> 4 (mycket stor)
Frekvens:	<input type="checkbox"/> 0 (extremt sällan)	<input type="checkbox"/> 1 (mycket sällan)	<input type="checkbox"/> 2 (sällan)	<input type="checkbox"/> 3 (ofta)	<input type="checkbox"/> 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	Telefon	Mobil
E-post	Fax	Kontaktperson	Telefon

PROBLEMSTÄLLNING

--

MÅL MED PRODUKT/ÅTGÄRD

--

TILLTÄNKT PRODUKT/ÅTGÄRD

--

UTRUSTNING SOM SKA ANVÄNDAS

<input type="checkbox"/> Android	<input type="checkbox"/> iOS	<input type="checkbox"/> Annat:
----------------------------------	------------------------------	---------------------------------

ANVÄNDNINGSSOMRÅDE

Var/när ska hjälpmedlet användas?

--

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

--



BRUKARENS RESURSER OCH SVÅRIGHETER

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

INTRÄNING OCH UPPFÖLJNING

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

ÖVRIGT

--