

Konsultation Montering av Taklyft

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)
Ange behovstrappa	<input type="checkbox"/> Dagliga livet	<input type="checkbox"/> Förflyttning	<input type="checkbox"/> Kommunikation	<input type="checkbox"/> Vård o behandling	
Ange trappsteg					

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
<input type="checkbox"/> Landsting	<input type="checkbox"/> Kommun	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Eget boende	

FAKTAINSAMLING – Fyll i de uppgifter du kan

I vilken typ av boende ska taklyft monteras?		
<input type="checkbox"/> Flerfamiljshus	<input type="checkbox"/> Villa/Radhus	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
I vilket/vilka rum ska taklyft monteras?		
<input type="checkbox"/> Sovrum	<input type="checkbox"/> Badrum	<input type="checkbox"/> Annat rum:
Har taklyft provats tidigare?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, beskriv:
Hur ska överflyttning ske?		
<input type="checkbox"/> Med vårdare	<input type="checkbox"/> Självständigt	
Diagnos/funktionsnedsättning		
Brakarvikt över 150 kg?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja,	kg
Övriga uppgifter		
Underskrift		
Förskrivare, titel		