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
Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.	☐ Nej	☐ Ja, vad:

KONSULTATION
gällande

☐ Mobil stålyft ☐ Mobil golvlyft (ej tak) ☐ Lyftsele	☐ Överflyttningshjälpmedel ☐ Annat, vad:

BEHOVSTRAPPA enligt hjälpmedelsguiden				
Ange behovstrappa	☐ Aktiviteter i dagliga livet	☐ Förflyttning	☐ Kommunicera	☐ Vård och behandling
Ange trappsteg	Välj steg	Välj steg	Välj steg	Välj steg

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 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

Sodexo Hjälpmedelsservice Stockholm
Rissneleden 16B
174 88 SUNDBYBERG
☏ 08-5788 5200 🖷 013 – 27 78 05
info.hjalpmedelsservice.se@sodexo.com
www.sodexohjalpmedelsservice.se

Initialer (Brukarnamn):

MÅTT

Kroppsvikt		kg
Kroppslängd		cm
Vid utprovning av lyftsele, ange höftbredd:		cm

STATUS

Tonus

☐ Normal tonus ☐ Hypertonus, ange var: ☐ Hypotonus, ange var:

Finns sensibilitetsbortfall?

☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Har brukaren smärta?

☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Finns trycksår?

☐ Nej ☐ Nej, men har haft ange var: ☐ Ja, ange var:

Använder brukaren:

Korsett: ☐ Nej ☐ Ja **Fotledsortoser:** ☐ Nej ☐ Ja **Övriga ortoser:** ☐ Nej ☐ Ja vilka:

Har brukaren huvudkontroll?

☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Finns benlängdsskillnad?

☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Förekommer luxation?

☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Finns kontrakturer?

☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Har brukaren protes/er?

☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

ÖVRIGT GÄLLANDE SITTANDE/STATUS

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

☐ Har inget hjälpmedel av denna typ.

☐ Nuvarande hjälpmedel finns:

Individnummer: Modell:

Storlek (Ifylles i förekommande fall):

Anledning till ev. byte

PROBLEMSTÄLLNING

Initialer (Brukarnamn):

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

ANVÄNDNING, OMRÅDE/MILJÖ

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska stolen/elrullstolen fungera?

- ☐ Inomhus
- ☐ Utomhus
- ☐ Hemmet
- ☐ Särskilt boende
- ☐ Daglig verksamhet
- ☐ Skola
- ☐ Förskola
- ☐ Färdtjänst
- ☐ Egen bil
- ☐ Annat:

För vilken/vilka överflyttning/ar gäller hjälpmedlet?

- ☐ Säng-stol
- ☐ Till-från golvet
- ☐ Stol-Stol
- ☐ Till stående i ståskal
- ☐ Toalett-rullstol
- ☐ Lägesförändringar i säng
- ☐ Annat, ange vad:

Övriga kritiska mått eller övrig information att ta hänsyn till:

- ☐ Inga övriga kritiska mått eller övrig information finns
- ☐ Annan kritisk information/mått finns (fyll i nedan):