REMISS/ Konsultationsförfrågan för bedömning angående elrullstol

Patient Dokumentet går att fylla i digitalt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personnummer | Namn  | Telefonnummer |
| Adress | Postnummer | Ort |

|  |
| --- |
| Om direktkontakt inte kan tas med patienten, vem ska kontaktas?  * Anhörig Namn
* Kontaktperson Telefonnummer
* Närstående
 |
| Finns kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast* Ja Namn
* Nej Kommun/verksamhet
 |

Remittent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | NamnE-postadress | Yrke* Arbetsterapeut
* Fysioterapeut/sjukgymnast
 |
| Verksamhet | Kommun  | Adress |
| Postnummer | Ort | Telefon |

Diagnos, funktionsnedsättning

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnos | Hälso- och sjukdomshistoria |

Psykiska funktioner

|  |
| --- |
| Kognitiv funktion |
| Uppmärksamhet |
| Minne |
| Omdöme |

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

|  |  |
| --- | --- |
| Huvudkontroll  | Bålstabilitet |
| Hand-arm-fot-benfunktion |
| Felställningar |
| Spasticitet | Tremor |

Förflyttning

|  |  |
| --- | --- |
| Förmåga att gå | Förmåga att stå |
| Målsättning med hjälpmedlet |
| I vilken miljö ska rullstolen användas och i vilka aktiviteter |

Boendemiljö och förvaring

|  |  |
| --- | --- |
| * Lägenhet
* Hus
* Särskilt boende

Beskriv miljön inomhus t ex om det finns hiss, rampBeskriv omgivande miljö, t ex kuperat, höga trottoarkanter, grus | Finns låsbart uppvärmt utrymme ordnat?* Ja
* Nej kommentar

Finns vägguttag för laddning?* Ja
* Nej

Vem sköter laddning och skötsel? |
| Aktuella hjälpmedel |

Övrigt

|  |
| --- |
| Finns det en synnedsättning * Ja ***bifoga synintyg***
* Nej
 |
| Finns det en hörselnedsättning* Ja
* Nej
 | Kommentar  |
| Föreligger risk för smitta * Nej
* Ja
 | Föreligger risk för våld/hot * Nej
* Ja
 |
| Föreligger risk för skadligt bruk och beroende* Nej
* Ja

  | Kommentar: |

Vem har initierat ärendet? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Remittentens underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBS! Samtliga uppgifter ska vara ifyllda annars kommer remissen att avvisas.

Skriv ut remissen och skicka den till:
Hjälpmedelsservice
Region Värmland
Östanvindsgatan 14
652 21 KARLSTAD