Remiss för bedömning avseende eldriven rullstol

|  |  |
| --- | --- |
| Patientens namn | Patientens personnummer |
| Telefonnummer | Gatuadress |
| Postnummer | Postort |

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

Remittents uppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Remissdatum**  | Namn | Yrke* Arbetsterapeut
* Fysioterapeut/sjukgymnast
 |
| Verksamhet | Kommun | Adress |
| Postnummer | Postort | Telefonnummer |

Diagnos, funktionsnedsättning

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

Psykiska funktioner

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

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

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

Förflyttning

|  |
| --- |
| Förmåga att gå |
| Förmåga att ståI vilken miljö ska hjälpmedlet användas och i vilka aktiviteter |

Boende, förvaring och skötsel

|  |  |
| --- | --- |
| Hur bor patienten?* Lägenhet
* Villa
* Särskilt boende
* Tillgång till hiss

Beskriv utomhusmiljön * Kuperat
* Höga trottoarkanter
* Asfalt
* Grus
* Plana ytor
* Gångbana

**Kommentar** | Finns låsbart uppvärmt utrymme ordnat?* **Ja**
* **Nej**

Finns vägguttag för laddning?* **Ja**
* **Nej**

Vem sköter laddning och skötsel av elrullstolen?* Patienten
* Närstående

**Kommentar** |

Aktuella hjälpmedel

|  |
| --- |
|  |

Övrigt

|  |
| --- |
| Finns det en synnedsättning * **Ja**  **Bifoga synintyg**
* **Nej**

  |
| Finns det en hörselnedsättning* **Ja**
* **Nej**
 |  Kommentar  |
| Föreligger risk för smitta * **Ja**
* **Nej**
 | Kommentar |
| Föreligger risk för våld/hot * **Ja**
* **Nej**
 | Kommentar |
| Föreligger risk för skadligt bruk och beroende * **Ja**
* **Nej**
 | 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:
**Region Värmland
Hjälpmedelsservice
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad**