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 stå  I 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**