**Remiss/ Konsultationsförfrågan för bedömning avseende  
 eldriven rullstol med vårdarstyrning**

Dokumentet kan fyllas i digitalt

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

|  |
| --- |
| 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Remissdatum** | Namn  E-post | | Yrke   * Arbetsterapeut * Fysioterapeut/sjukgymnast |
| Verksamhet | Kommun | Gatuadress | |
| Postnummer | Postort | | Telefonnummer |

Diagnos, funktionsnedsättning

|  |
| --- |
| Diagnos |

Hälso- och sjukdomshistoria

|  |
| --- |
|  |

Motivering till vårdarmanövrerad eldriven rullstol

|  |
| --- |
|  |

Ange målet med hjälpmedlet

|  |
| --- |
|  |

Motivering till varför drivaggregatet till manuell rullstol ej fungerar

|  |
| --- |
|  |

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

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

Förflyttning

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

Boende, förvaring och skötsel

|  |  |
| --- | --- |
| Hur bor patienten   * Lägenhet * Villa * Särskilt boende * Tillgång till hiss   Beskriv utomhusmiljön   * Asfalt * Grus * Kuperat * Höga trottoarkanter * Gångbana * Plana ytor   Kommentar | Finns låsbart uppvärmt utrymme ordnat?   * Ja * Nej   Kommentar  Finns vägguttag för laddning?   * Ja * Nej   Kommentar  Vem sköter laddning och skötsel?   * Anhörig * Närstående * Personal   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**