**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** | NamnE-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

KommentarFinns vägguttag för laddning?* Ja
* Nej

KommentarVem 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**