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 | Namn  E-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, ramp  Beskriv 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