



SÄRSKILD PRÖVNING OM HJÄLPMEDELSFÖRSKRIVNING

Datum:

Förskrivare Namn: Befattning: Enhet: Adress: Tel: E-post:	Patient Personnr: Namn: Adress:
--	---

HJÄLPMEDEL/SPECIALANPASSNING: Ange **alltid** produkt, tillbehör, ISO-kod. Prisuppgift ska anges vid specialanpassning och hjälpmedel utanför sortiment.

Dubbelutrustning:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Byte till likvärdigt hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Specialanpassning:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ingår hjälpmedlet i ordinarie sortiment?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vid Nej, är hjälpmedlet CE-märkt som MTP? Motivering till val av produkt utanför sortiment:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har alternativ övervägts? (om Ja ange vilka alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har patienten provat hjälpmedlet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Samråd har skett med (ex konsulent eller erfaren kollega):		

KROPPSFUNKTIONER: Ange diagnos och funktionsnedsättningar av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel.

AKTIVITETER OCH DELAKTIGHET: Ange begränsningar i aktivitet/delaktighet av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel. Ex. kommunikation, förflyttning, persontransport (bil/färdtjänst), personlig vård, hemliv, samhällsgemenskap

OMGIVNINGSAKTIVITETER: Ange omgivningsfaktorer av betydelse för hanteringen av aktuellt hjälpmedel. Ex familj, omfattning av hemtjänst/personlig assistans, boende, utomhusmiljö samt vid behov laddningsmöjligheter och lämpligt förvaringsutrymme.



MÅL: Beskriv förväntad effekt av hjälpmedlet i förhållande till uppsatta behandlingsmål

ANVÄNDNINGSFREKVENNS:

Enstaka gång/vecka	<input type="checkbox"/>	Under hela året <input type="checkbox"/>	Viss del av året (ange när)
Flera ggr/vecka	<input type="checkbox"/>		
Varje dygn	<input type="checkbox"/>		
Dubbelt boende		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Kommentar:

KONSEKVENNS AV ATT INTE ERHÅLLA HJÄLPMEDEL:

Kan en utebliven förskrivning få konsekvenser för patienten avseende kroppsfunktioner, aktivitet/delaktighet och/eller omgivningsfaktorer? Beskriv kortfattat konsekvenserna.

	Ja	Nej	Kommentar
Kroppsfunktioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktivitet och delaktighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Omgivningsfaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FÖRSKRIVARENS UNDERSKRIFT:

Datum:

Namn:

Patienten godkänner att handling ur patientjournal skickas till kostnadsansvarig