REMISS/ Konsultationsförfrågan för bedömning angående
eldriven rullstol med vårdarstyrning

Patient Dokumentet går att fylla i digitalt

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer | Namn |
| Adress | Postnummer | Ort |
| Telefon |

|  |
| --- |
| 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 | NamnE-post  | Yrke* Arbetsterapeut
* Fysioterapeut/sjukgymnast
 |
| Verksamhet | Kommun | Adress |
| Postnummer | Ort | Telefon |

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 |

Boendemiljö och förvaring

|  |  |
| --- | --- |
| * Lägenhet
* Hus
* Särskilt boende

Beskriv miljön inomhus t ex om det finns hiss, rampBeskriv 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? |

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