

Personnummer	<input type="text"/>	Skriv ut remissen och skicka in till: HJÄLPMEDELSSERVICE Region Värmland Östanvindsgatan 14 652 21 Karlstad Telefon: 054-617152
Namn	<input type="text"/>	
Gatuadress	<input type="text"/>	
Postadress	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
Telefon Anhörig	<input type="text"/>	

Med stöd av följande uppgifter anser jag ovan nämnda hjälpmedel bör beviljas ifrågavarande patient.

Datum	<input type="text"/>
Remittent	<input type="text"/>
Befattning	<input type="text"/>
Adress	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Var uppmärksam på så att all text syns i rutan!

Medicinska uppgifter

Diagnos	<input type="text"/>
Hälso- och sjukdomshistoria	<input type="text"/>

Påverkar ev synnedsättning förmågan att framföra eldriven rullstol i trafiken?

Ja Nej

Om ja, bifoga synintyg.

Påverkar ev hörselnedsättning förmågan att framföra eldriven rullstol i trafiken?

Ja Nej

Vem har initierat ärendet?	<input type="text"/>
Finns kontakt med arbetsterapeut el sjukgymnast?	<input type="text"/>
Om direktkontakt ej kan tas med brukaren, vem ska kontaktas?	<input type="text"/>

Psykiska funktioner(Kognitiv funktion, uppmärksamhet, minne, omdöme)

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

(Huvudkontroll, bålstabilitet, hand-, arm-, axel-, fot-, benfunktion. Även felställningar, spasticitet, tremor)

Förflyttning(Förmåga att förflytta sig mellan olika sittplatser, att stå, att gå)

Stående(Hur ser ståendet ut idag)

Aktivitet i stående

Utredning av alternativa lösningar till ståendet(vad är provat tidigare)

Ange målet med hjälpmedlet(Vart och hur det ska hjälpmedlet användas)

Föreligger risk för smitta Ja Nej Ja Nej

Föreligger risk för våld/hot Ja Nej Ja Nej

Remittentens namnteckning
