

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

Remittent

Befattning

Adress

*Var uppmärksam på så att all text syns i rutan!*

Telefon

**Medicinska uppgifter**

Diagnos

Hälso- och  
sjukdomshistoria

Föreligger risk för smitta

 Ja Nej

Föreligger risk för våld/hot

 Ja Nej

Vem har initierat ärendet?

Finns kontakt med arbetsterapeut el sjukgymnast?

Om direktkontakt ej kan tas med brukaren, vem ska kontaktas?

**Motivering till vårdarnaövrerad eldriven rullstol**

**Motivering till varför drivaggregat till manuell rullstol ej fungerar**

**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)

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

Remittentens namnteckning

\_\_\_\_\_