

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

**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?

Finns kontakt med arbetsterapeut el sjukgymnast?

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

**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)

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

Föreligger risk för smitta Ja Nej

Föreligger risk för våld/hot Ja Nej

Remittentens namnteckning

---