

Beredningsunderlag för lån av eldriven rullstol

MEDBORGARE:

Namn:

Tel nr:

Kontaktperson:

Tel nr:

FÖRSKRIVARE

Namn:

Adress:

Tel.nr:

Medicinsk bedömning gällande förutsättningar för framförande av elrullstol:

Läkare kan anlitas vid osäkerhet och behov av stöd gällande medicinskt utlåtande. Ej ett krav.

Diagnos:

Anamnes:

Prognos:

Syn

<p>Visus:</p> <p>Höger: <input type="text"/></p> <p>Vänster: <input type="text"/></p>	<p>Synfält (Donder):</p> <p>Höger: <input type="text"/></p> <p>Vänster: <input type="text"/></p>
--	---

Hörsel Uppfattas vanligt tal på avstånd (1-4m):

<p>Höger:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Vänster:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
---	---



Andra faktorer som kan påverka förmågan att framföra elrullstol:

Vakenhet:

Omdöme:

Reaktion:

Perception:

Psykisk status:

Medicinering:

Epilepsi:

Övrigt:

Vikt: kg.

Sammanfattning av medicinsk bedömning (hinder och vinster vid bruk av elrullstol):

Finns hinder som kan medföra fara för brukaren själv eller andra:

Ja Nej

Om **JA**, tros detta kunna avhjälpas med villkorad användning:

Ja Nej

Typ av villkor (t.ex. Endast vissa miljöer, vårdpersonal måste följa med eller dyl):

LÄKARE (ansvarig för medicinsk bedömning):

Namn:

Telefon:

Arbetsplats/adress:

Datum:

Funktions och aktivitetsbedömning för bruk av elrullstol:

Beskriv brukarens aktivitetsnedsättning som är av betydelse:

(motorik, rörelseinskränkningar, koordination, styrka, felställningar, spasticitet, tremor, etc.)

Nuvarande förflyttnings- och överflyttningsätt:

Familj/närstående:

Boende:

Förvarings- och laddutrymme (torrt och helst frostfritt) finns. Beskriv var:

Ange när förvarings- och laddutrymme beräknas vara klart:

(HMC levererar inte elrullstol om detta inte är klart)

Målsättning med rullstolen:

Användarmiljö (grus, gräs, asfalt, backig miljö, trottoarer, körsträcka, färdtjänst, egen bil):

Skötselansvarig om annan än brukaren:

Namn:
Telefon:

Finns hinder som kan medföra fara för brukaren själv eller andra:

Ja Nej

Om **JA**, tros detta kunna avhjälpas med villkorad användning:

Ja Nej

Typ av villkor (t.ex. Endast vissa miljöer, vårdpersonal måste följa med eller dyl):

CHECKLISTA

Användningsområde

Utomhus Utomhus och begränsat inomhus

Manöverenhet/körreglage:

Gasreglage:

Höger Vänster

Joystick:

Höger Vänster

Brukarvikt:

kg

Annat:

Sittenhät

Sits:	Rygg:	Armstöd:	Benstöd:	Fotplatta:
Bredd: <input type="text"/> Djup: <input type="text"/> Sitthöjd: <input type="text"/>	Bredd: <input type="text"/> Höjd: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Avtagbara <input type="checkbox"/> Uppfällbara	<input type="checkbox"/> Vinkelfast <input type="checkbox"/> Vinkelställbart U-benslängd: Ange cm höger: <input type="text"/> Ange cm vänster: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Delad

Specialfunktioner

Sits:	Rygg:	Benstöd:
<input type="checkbox"/> Sitslyft <input type="checkbox"/> Sitsilt	<input type="checkbox"/> Ryggvinkel, manuell <input type="checkbox"/> Ryggvinkel, elektrisk	<input type="checkbox"/> Vinkelställbart, elektriskt

Motivering av val av specialfunktioner, t.ex. elfunktioner:

Tillbehör

<input type="checkbox"/> Nackstöd	<input type="checkbox"/> Säkerhetsbälte	<input type="checkbox"/> Bålstöd
<input type="checkbox"/> Bagagekorg	<input type="checkbox"/> Bendelare	<input type="checkbox"/> Thoraxstöd
<input type="checkbox"/> Kryckkäppshållare		<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster

Övriga upplysningar: