**Ansökan om särskilt hjälpmedelsbeslut –**

**kommunikation /kognition**

Ansökan gäller:

Nytt hjälpmedel

Befintligt hjälpmedel

Dubbelutrustning

**Tilltänkt hjälpmedel**

Ange benämning och ev. sesamnummer för tilltänkt hjälpmedel

Klicka eller tryck här för att ange text.

Vid nytt hjälpmedel (ej känt i Region Jämtland /Härjedalen)

ange aktuell leverantör, leverantörens art.nr och benämning

Klicka eller tryck här för att ange text.

**Behovsbedömning**

Beskriv behovet utifrån sjukdomsbild / funktionsnedsättning.

Klicka eller tryck här för att ange text.

Redan provade hjälpmedel utifrån det aktuella behovet?

Klicka eller tryck här för att ange text.

Motivera varför dessa inte tillgodoser personens behov och önskemål.

Klicka eller tryck här för att ange text.

Beskriv vad det efterfrågade hjälpmedlet kan tillföra t.ex. skillnader i kommunikation, aktivitet och delaktighet.

Klicka eller tryck här för att ange text.

Möjliga komplikationer eller risker med det nya hjälpmedlet

Klicka eller tryck här för att ange text.

**Om ansökan godkänns leder till detta till en förskrivning**

Förskrivare ansvarar för utprovning och anpassning.

Utvärdering av det nya hjälpmedlet sker enligt förskrivningsprocessen.

Om detta är ett nytt hjälpmedel i Region Jämtland /Härjedalen, fyll i blanketten ”Särskilt hjälpmedelsbeslut -Utvärdering ” och skicka in till berörd hjälpmedelskonsulent på hjälpmedelscentralen.