|  |
| --- |
| **Datum** Klicka här för att ange datum. |
|  |
| **Brukare Personnummer** Klicka här för att ange text.  **Namn** Klicka här för att ange text.  |
|  |
| **Förskrivare Namn** Klicka här för att ange text.  **Telefon** Klicka här för att ange text. **Mailadress** Klicka här för att ange text.  |
|  |
| **Arbetsplats och fullständig postadress** Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Vad/vilket hjälpmedel avser prövningen?** Klicka här för att ange text.  |
|  |
| **I vilken/vilka miljöer ska hjälpmedlet användas?** Klicka här för att ange text.  |
|  |
| **Diagnos** Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Beskrivning av funktionsnedsättningen samt aktuell sjukdomshistoria kopplat till ärendet**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Bedömning av behovet/problemställning utifrån dina observationer av aktuellt problem i aktivitet**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Vilket/vilka mål ska uppnås med förskrivning av önskat hjälpmedel?**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Hur påverkas patientens självständighetsgrad med det hjälpmedel prövningen avser?**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Hur tillgodoses behovet idag?**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Hur länge förväntas behovet kvarstå?**  |
| Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Vilket/vilka hjälpmedel ur det fastställda sortimentet har provats och hur fungerade det?** Klicka här för att ange text.  |
|  |
|  |
|  |
| **Har samråd skett kring aktuellt problem/behov med rådgivare/tekniker hos hjälpmedelsleverantören?**[ ]  Inget samråd har skett [ ]  Samråd i ärendet har skett med **Titel och namn:** Klicka här för att ange text. |
| **Vilka råd/rekommendationer gavs?** Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Uppskattad användnings-/nyttjandefrekvens av det hjälpmedel prövningen avser? En bedömning av hur ofta patienten förväntas använda hjälpmedlet.**[ ]  flera ggr/dag [ ]  dagligen [ ]  flera ggr/vecka [ ]  enstaka ggr/vecka [ ]  mer sällan**Kommentar**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Bedömer du att behovet är specifikt eller mer generellt? Dvs kan det finnas flera patienter i Östergötland med behov av samma hjälpmedel/lösning?**[ ]  troligen ingen eller enstaka [ ]  troligen mer än 10 patienter **Kommentar**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Socialt/boende**[ ]  särskilt boende[ ]  ordinärt boende **Om relevant för ärendet, fyll i nedanstående två rader**[ ]  lägenhet/våningsplan Klicka här för att ange text. Finns hiss? [ ]  ja [ ]  nej [ ]  hus/villa [ ]  stadsmiljö [ ]  lantlig miljö**Kommentar** Klicka här för att ange text.[ ]  förskola/skola [ ]  daglig verksamhet [ ]  ej yrkesverksam [ ]  yrkesarbetande %-grad ­­­­ Klicka här för att ange text.**Kommentar** Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Vem har patienten hjälp av?** Klicka här för att ange text.**Ingen, är helt självständig** [ ] **Personlig assistent** [ ]  ja [ ] nej **Om ja** [ ]  via privat bolag [ ]  kommunal assistans **Beskriv omfattning av hjälpbehovet samt antal beviljade timmar/vecka**Klicka här för att ange text.**Hemtjänst** [ ]  ja [ ] nej **Om ja, beskriv omfattning/beviljad insats** Klicka här för att ange text.**Icke anställd anhörig/annan icke-anställd person** [ ]  ja [ ] nej **Om ja** [ ]  sammanboende [ ]  ej boende i samma bostad**Beskriv omfattning av hjälpbehovet** Klicka här för att ange text.**Övriga kommentarer gällande hjälpbehovet** Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Är patienten beviljad växelvård?** [ ]  ja [ ] nej **Om ja, beskriv omfattning****Är patienten beviljad korttidsboende?** [ ]  ja [ ] nej **Om ja****Vuxen: Beskriv framtida planering (återgång till ordinärt boende, väntan på Säbo-plats, annat)**Klicka här för att ange text.**Barn/ungdom: Ange nuvarande antal dygn per månad**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Vad får det för konsekvens/-er om patienten inte erhåller sökt hjälpmedel?**Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Övriga kommentarer**Klicka här för att ange text. |

Blanketten skickas till hjälpmedelskonsult i respektive länsdel, se postadress på vårdgivarwebben/LISA.