|  |
| --- |
| **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.