# SÄRSKILD PRÖVNING OM HJÄLPMEDELSFÖRSKRIVNING Datum:

|  |  |
| --- | --- |
| **Förskrivare**Namn:      Befattning:     Enhet:      Adress:             Tel:      E-post:      | **Patient** Personnr:      Namn:      Adress:             |

|  |
| --- |
| **HJÄLPMEDEL/SPECIALANPASSNING:** Ange **alltid** produkt, tillbehör, ISO-kod. Prisuppgift ska anges vid specialanpassning och hjälpmedel utanför sortiment.      |
| Dubbelutrustning: [ ] Ja [ ] NejByte till likvärdigt hjälpmedel [ ]  Ja [ ] NejSpecialanpassning: [ ]  Ja [ ] NejIngår hjälpmedlet i ordinarie sortiment? [ ]  Ja [ ]  NejVid Nej, är hjälpmedlet CE-märkt som MTP? [ ]  Ja [ ]  NejMotivering till val av produkt utanför sortiment:     Har alternativ övervägts? [ ]  Ja [ ]  Nej(om Ja ange vilka alternativ)     Har patienten provat hjälpmedlet [ ]  Ja [ ]  NejSamråd har skett med (ex konsulent eller erfaren kollega):      |
| **KROPPSFUNKTIONER:** Ange diagnos och funktionsnedsättningar av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel.        |
| **AKTIVITETER OCH DELAKTIGHET:** Ange begränsningar i aktivitet/delaktighet av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel. Ex. kommunikation, förflyttning, persontransport (bil/färdtjänst), personlig vård, hemliv, samhällsgemenskap       |
| **OMGIVNINGSFAKTORER:** Ange omgivningsfaktorer av betydelse för hanteringen av aktuellt hjälpmedel. Ex familj, omfattning av hemtjänst/personlig assistans, boende, utomhusmiljö samt vid behov laddningsmöjligheter och lämpligt förvarings­utrymme.      |
| **MÅL:** Beskriv förväntad effekt av hjälpmedlet i förhållande till uppsatta behandlingsmål      |
| **ANVÄNDNINGSFREKVENS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Enstaka gång/vecka | **[ ]**  | Under hela året **[ ]**  | Viss del av året (ange när)      |
| Flera ggr/vecka | **[ ]**  |  |  |
| Varje dygn | **[ ]**  |  |  |
| Dubbelt boende |  | **[ ]** Nej | **[ ]**  Ja |

Kommentar:  |
| **KONSEKVENS AV ATT INTE ERHÅLLA HJÄLPMEDEL:**Kan en utebliven förskrivning få konsekvenser för patienten avseende kroppsfunktioner, aktivitet/delaktighet och/eller omgivningsfaktorer? Beskriv kortfattat konsekvenserna.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Ja | Nej | Kommentar |
| Kroppsfunktioner  | [ ]  | [ ]  |       |
| Aktivitet och delaktighet | [ ]  | [ ]  |       |
| Omgivningsfaktorer | [ ]  | [ ]  |       |

 |
| **FÖRSKRIVARENS UNDERSKRIFT:**Datum:      Namn:      |
| [ ]  Medicinskt underlag från läkare bifogas[ ]  Patienten godkänner att handling ur patientjournal (ex medicinskt underlag, gångtest) skickas till kostnadsansvarig |

Hjälpmedelsansvarig och enhetschef Mölndals Stad (kommun): Annika Wållberg, annika.wallberg@molndal.se

Rehabenheten, Flöjelbergsgatan 1C, 431 35 Mölndal. Tel: 031-3152331