Region Halland
Hjälpmedelscentrum

Hmc: Checklista utprovning av cykel

Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod ☐☐☐☐☐☐☐	Förskrivarens namn
E-post	Direktnummer (ej via växel)
Kontakt med konsulent ☐ Ja ☐ Nej Namn:	Datum

Information om brukaren

Hälso- och sjukdomshistoria
Socialt
Aktuell problemställning
Mål med hjälpmedlet
Brukarens prioriteringar

Har brukaren tidigare haft cykel? ☐ Ja ☐ Nej	
Om ja, vilken modell? Tillbehör, specialanpassningar?	När och varför återlämnades den?

Region Halland
Hjälpmedelscentrum

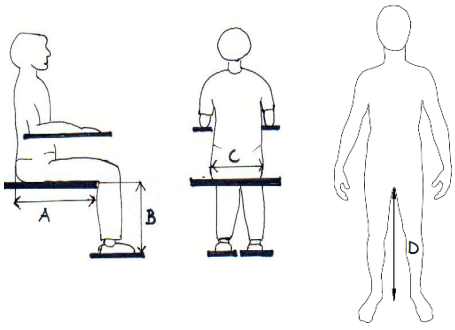
Aktivitet och delaktighet

Överflyttning: ☐ självständigt ☐ med hjälp av annan person ☐ med hjälpmedel Beskriv hur:
Vem skall cykla med brukaren?
I vilken miljö ska cykeln användas?
Förvaring

Funktionsutredning

Tonus
Sensibilitet
Smärta
Trycksår
Bålbalans
Arm-/handfunktion
Kommunikation/kognition
Övrigt, t.ex. allergi, inkontinens, korsett

Brukarens lårbenslängd/sittdjup A Vä Hö	
Underbenslängd B Vä Hö	
Sittbredd C	Bålbredd under armhålan
Innerbenslängd D	Total kroppslängd Vikt
Ledsagares innerbenslängd	Ledsagares vikt



Tillbehör

Behov av tillbehör ☐ specialtrampor ☐ bäckenstöd ☐ bålstöd ☐ H-sele /väst ☐ bälte ☐ armstöd ☐ annan sadel Övrigt: