

Hmc: Checklista utprovning av personlyft

Kontaktuppgifter Hjälpmiddelscentrum, se www.1177.se

Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								Förskrivarens namn
E-post	Direktnummer (ej via växel)							
Kontakt med konsulent <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Namn:	Datum							

Information om brukaren

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

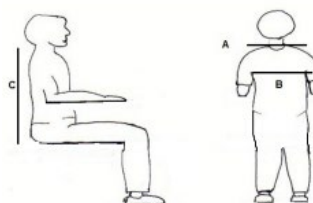
Nuvarande överflyttningssätt /hjälpmedel	
Har brukaren tidigare haft lyfthjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken modell?	När och varför återlämnades den?

I vilket/vilka rum ska lyften användas <input type="checkbox"/> badrum <input type="checkbox"/> sovrum <input type="checkbox"/> hall <input type="checkbox"/> vardagsrum <input type="checkbox"/> garage Annat:

Funktionsutredning

Tonus
Sensibilitet
Smärta
Trycksår
Bålbalans
Arm-/handfunktion
Kommunikation/kognition
Övrigt

Brukarens axelbredd: A
Bålbredd: B
Rygglängd sits till C7: C
Vikt:



Om möjligt, fyll i följande

Lyftselens rygghöjd (hög, axelhög, låg, lyftväst)
Bendelarnas öppning (stor, medel, snäv öppning, odelade bendelar)
Armarnas placering (utanför, innanför lyftselen)

Taklyft

Adress där taklyft ska monteras	
Fastighetsägare	
Hustyp: <input type="checkbox"/> Villa <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt	Rum där taklyft ska monteras:
Takhöjd i aktuella rum	Typ av tak (trä, betong, gips etc.):
Övriga faktorer att ta hänsyn till, exempelvis bostadsanpassning	