Hmc: Uppföljningsenkät för specialanpassning

|  |  |
| --- | --- |
| Specialanpassningens ID-nummer:       | Typ av produkt:       |
| Tillverkande tekniker      |

**Uppfyller specialanpassningen syftet som du uppgav på anvisningen?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja | Beskriv       |
| [ ]  Nej |

**Uppfyller specialanpassningen dina förväntningar?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja | Beskriv       |
| [ ]  Nej |

**Uppfyller specialanpassningen brukarens (vårdnadshavarens, assistentens eller annan person i brukarens närhet) behov?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja | Beskriv       |
| [ ]  Nej |

**Överväger nyttan med specialanpassningen de eventuellt kvarliggande riskerna?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja | Beskriv       |
| [ ]  Nej |

**Har du eller någon annan upptäckt ytterligare risker utöver det som noterats i dokumentationen?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja | Beskriv       |
| [ ]  Nej |

**Har några incidenter inträffat där specialanpassningen kan ha haft betydelse?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja | Beskriv       |
| [ ]  Nej |

**Övriga synpunkter**

|  |
| --- |
|       |

*Eventuell förändring av specialanpassning beställs via websesam och kan inte göras här.*