

Hmc: Uppföljning eldriven rullstol

Kontaktuppgifter Hjälpmedelscentrum, se www.1177.se

Förskrivarens exemplar, skickas **inte** till Hjälpmedelscentrum.

Fylls i av ansvarig för uppföljningen

Förskrivarkod <input type="text"/>	Förskrivarens namn
E-post	Telefonnummer

Brukarens namn	Brukarens personnummer
----------------	------------------------

<input type="checkbox"/> Uppföljning tre månader efter leverans <input type="checkbox"/> Årlig uppföljning	Datum
---	-------

Uppföljningen gäller följande eldrivna rullstolar

Modell	Individnummer	Drifttidsmätning
--------	---------------	------------------

Notera eventuella statusförändringar

Jämfört med vid förskrivningstillfället; syn, hörsel, motorik, kognition, rörelseinskränkningar, koordination, felställningar, spasticitet, tremor etc.

Vem/vilka har haft hand om körträningen?

Namn, yrke

Kan brukaren hantera den eldrivna rullstolen självständigt?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, beskriv vad brukaren behöver hjälp med.
--

Hur ofta och i vilka sammanhang används den eldrivna rullstolen?

Har målen för förskrivningen uppnåtts?

Ja Nej Om nej, varför?

Sammanfattande bedömning

Uppfyller önskad funktion

Uppfyller inte önskad funktion och bör återlämnas

Bör kompletteras/anpassas, notera detta under övriga kommentarer och kontakta ansvarig konsulent på Hjälpmedelscentrum

Övriga kommentarer