Region Halland

Hmc: Uppföljning eldriven rullstol

_

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

Fylls i av ansvarig för uppföljningen

Förskrivarkod	Förskrivarens namn
E-post	Telefonnummer

Brukarens namn	Brukarens personnummer

☐ Uppföljning tre månader efter leverans ☐ 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?

☐ Ja ☐ Nej Om nej, beskriv vad brukaren behöver hjälp med.

Region Halland

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
