**KONSULTATION – SPRIDA, externa ärenden**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Förskrivare/Uppgiftslämnare**      | Titel      |  | **Patient**      |
|  Arbetsplats      | Personnummer      |
| Adress      | Adress      |
| Postnummer och ort      | Postnummer och ort      |
| Telefon/Mobiltelefon      | Telefon/Mobiltelefon      |
| E-post      | E-post      |
| Fakturaadress      | Klartecken från patient/vårdnadshavare om att Centrum för hjälpmedel får ta del av journalanteckningar från aktuell vårdgivare.Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Ref id      |

**Uppgifter om anhörig**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn      | Telefon/Mobiltelefon      |
| Adress      | E-post      |
| Postnummer och ort      |

|  |
| --- |
| **Diagnos** |
| **Kod (ICD-10)**      | **Benämning** **och ev tidpunkt för diagnos**      |

|  |
| --- |
| **Konsultationen avser** |
| Önskad insats från SPRIDA:       |

### MÅL

|  |
| --- |
| **Vad är målet med hjälpmedlet, dvs vad gör patient när målet är uppfyllt?** |
|       |

|  |
| --- |
| **Beskriv tidigare insatser som gjorts för att nå målet** |
|       |

# FUNKTIONER och FÖRMÅGOR

|  |
| --- |
| **Förutsättningar för patienten** (t ex läs- och skrivförmåga, syn, hörsel, kognition) |
|       |

|  |
| --- |
| **Kommunikationssätt** |
|       |

### OMGIVNINGSFAKTORER

|  |
| --- |
| **Var ska hjälpmedlet användas?** (arbete, skola inklusive utbildningsprogram eller annan plats) |
|       |

|  |
| --- |
| **Tidigare använda hjälpmedel** |
|       |

### ÖVRIGT

|  |
| --- |
| **Andra uppgifter av betydelse** |
|       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anmälarens underskrift Namnförtydligande

Datum

Skicka blanketten till:

**Centrum för hjälpmedel**

**SPRIDA Kommunikationscenter**

**Box 1515**

**701 15 Örebro**