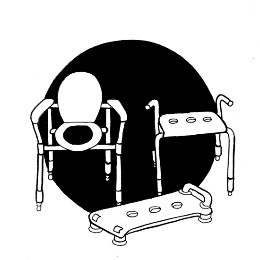
**KONSULTATION – HYGIEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patient** | Personnummer | |
| **Förskrivare** | Användarnamn i Sesam | Titel |
| Arbetsplats | Postadress | |
| Postnummer och ort | Telefon/Mobiltelefon | |
| E-post | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Andra pågående vårdkontakter av betydelse** (skriv en kommentar vad det gäller) | | |
| Centrum för hjälpmedel | SPRIDA | HME |
| Annan: | | |
| Kommentar: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnos som är relevant för ärendet** | |
| **Benämning** **och eventuell tidpunkt för diagnos** | **Kod (ICD-10)** |

|  |
| --- |
| **Konsultationen avser** |
| Uppresningshjälp från toalett  Anpassning av befintligt hjälpmedel med individnummer:  Övrigt: |

**MÅL**

|  |
| --- |
| **Vad är målet med hjälpmedlet?** |
|  |

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

**PROBLEM**

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuell problembild** (exempelvis relaterat till funktionsnedsättning, önskat aktivitetsutförande, nuvarande hjälpmedel) |
|  |

**AKTIVITETER och DELAKTIGHET**

|  |
| --- |
| **Hur förflyttar sig patienten till och från nuvarande hjälpmedel?** |
|  |

**OMGIVNINGSFAKTORER**

|  |
| --- |
| **Beskriv utrymmet i badrummet/toaletten** |
|  |
| **Är toaletten vägghängd?**  Nej  Ja |

**Mått att ta hänsyn till**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mått golv till tak ovanför toaletten:** cm | **S:\Omr_Nära-Vård\Verksamheter\Habilitering och hjälpmedel\CFH\Gemensam\Förskrivarstöd\Konsultationsblanketter\Bilagor och bilder\Toalett med mått - bild.JPG** |
| **Mått vid sidan om toaletten**  **(till vägg/”hinder”)** |
| **A:** cm |
| **B:** cm |
| **C:** cm |
|  |

|  |
| --- |
| **Har patienten andra hjälpmedel av betydelse för ärendet?** |
| Nej  Ja, vilka: |

**ÖVRIGT**

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