

**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**