

**KONSULTATION – SPRIDA, externa ärenden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient** | Personnummer |
| Postadress | Postnummer och ort |
| **Förskrivare/Uppgiftslämnare** | Titel |
| Arbetsplats | Postadress |
| Postnummer och ort | Telefon/Mobiltelefon |
| E-post | |
| Fakturaadress | Referens id |

**Uppgifter om anhörig**

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

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

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

**MÅL**

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

|  |
| --- |
| **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** (exempelvis livssituation, intressen, tolk medverkar, studier, arbete, sysselsättning) |
|  |

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

Anmälarens underskrift Namnförtydligande

Datum

Skicka blanketten till:

**Centrum för hjälpmedel**

**SPRIDA Kommunikationscenter**

**Box 1515**

**701 15 Örebro**