

**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**