Utvärdering av hjälpmedel  
– ger hjälpmedlet det stöd som var tänkt?

|  |
| --- |
| Namn: |
| Personnummer: |
| Diagnos (ICD-10): |
| Datum för leverans av hjälpmedel: |
| Hjälpmedel (och ev. anpassningar): |
| Mål med hjälpmedlet: |

|  |  |
| --- | --- |
| Förskrivarens namn och arbetsplats: | Datum för utvärdering: |
|  |  |
| **Uppgifterna inhämtade från:** | |
|  patienten själv   patienten tillsammans med kringperson   annan än patienten (närstående, personal) | |
| **Uppgifterna inhämtade genom:** | |
|  telefonintervju   personligt besök | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Är målet uppfyllt?** | Kommentar: |
|  ja   delvis   nej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hur ofta använder du hjälpmedlet?** | Kommentar: |
|  dagligen   flera gånger i veckan   flera gånger i månaden   mer sällan   aldrig, vill använda hjälpmedlet men kan inte   aldrig, vill lämna tillbaka hjälpmedlet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hur nöjd är du med hjälpmedlet?** | Kommentar: |
|  mycket nöjd   ganska nöjd   inte alls nöjd |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Använder du hjälpmedlet som det var tänkt?** | Kommentar: |
|  ja, utan problem   ja, med vissa problem   nej, programvaran krånglar   nej, utformning/upplägg passar inte   nej, tekniska problem med hårdvaran   nej, styrsätt fungerar inte   nej, ergonomiska faktorer   nej, annan anledning |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Har den personliga situationen förändrats på något sätt som har gjort det svårt att använda hjälpmedlet, alternativt att hjälpmedlet inte längre behövs?** | Kommentar: |
|  nej   ja, situationen har ändrats när det gäller:   tal   språk   kognition   rörelse   hörsel   syn   ej intresserad längre   annat |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Finns det faktorer i omgivningen som gör det svårt att använda hjälpmedlet?** | Kommentar: |
|  nej   ja   begränsad tillgänglighet (t.ex. placering och åtkomst)   kompetens hos omgivningen saknas   tid för förberedelser saknas   omgivningen vill inte använda hjälpmedlen   patienten får inte tillfälle att använda hjälpmedlen  (t.ex. tas ej fram) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Till vilken grad upplevde du delaktighet vid utprovning och val av hjälpmedel?** (t.ex. fick tillräcklig information, fick framföra sina åsikter, blev lyssnad till, fick vara med och bestämma) | Kommentar: |
|  stor delaktighet   viss delaktighet   ingen delaktighet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Har du/personer i din omgivning fått tillräckligt med utbildning för att kunna använda hjälpmedlet?** | Kommentar: |
|  ja   nej, mer utbildning/stöd behövs från förskrivare   nej, mer utbildning behövs från SPRIDA |  |

|  |
| --- |
| Övriga kommentarer / önskemål om åtgärd *Detta fält ersätter inte ordinarie konsultationsblankett.*  *Om ärendet är avslutat krävs ny konsultationsblankett. Ta kontakt med hjälpmedelskonsulent om du är osäker på om ärendet är avslutat.* |
|  |

Blanketten returneras till:

SPRIDA

Centrum för hjälpmedel

Box 1515

701 15 Örebro