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