# SÄRSKILD PRÖVNING OM HJÄLPMEDELSFÖRSKRIVNING Datum:

|  |  |
| --- | --- |
| **Förskrivare**  Namn:  Befattning:  Enhet:  Adress:      Tel:  E-post: | **Patient**  Personnr:  Namn:  Adress: |

|  |
| --- |
| **HJÄLPMEDEL/SPECIALANPASSNING:** Ange **alltid** produkt, tillbehör, ISO-kod. Prisuppgift ska anges vid specialanpassning och hjälpmedel utanför sortiment. |
| Dubbelutrustning: Ja Nej  Byte till likvärdigt hjälpmedel  Ja Nej  Specialanpassning:  Ja Nej  Ingår hjälpmedlet i ordinarie sortiment?  Ja  Nej  Vid Nej, är hjälpmedlet CE-märkt som MTP?  Ja  Nej  Motivering till val av produkt utanför sortiment:    Har alternativ övervägts?  Ja  Nej  (om Ja ange vilka alternativ)    Har patienten provat hjälpmedlet  Ja  Nej  Samråd har skett med (ex konsulent eller erfaren kollega): |
| **KROPPSFUNKTIONER:** Ange diagnos och funktionsnedsättningar av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel. |
| **AKTIVITETER OCH DELAKTIGHET:** Ange begränsningar i aktivitet/delaktighet av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel. Ex. kommunikation, förflyttning, persontransport (bil/färdtjänst), personlig vård, hemliv, samhällsgemenskap |
| **OMGIVNINGSFAKTORER:** Ange omgivningsfaktorer av betydelse för hanteringen av aktuellt hjälpmedel. Ex familj, omfattning av hemtjänst/personlig assistans, boende, utomhusmiljö samt vid behov laddningsmöjligheter och lämpligt förvarings­utrymme. |
| **MÅL:** Beskriv förväntad effekt av hjälpmedlet i förhållande till uppsatta behandlingsmål |
| **ANVÄNDNINGSFREKVENS:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Enstaka gång/vecka |  | Under hela året | Viss del av året (ange när) | | Flera ggr/vecka |  |  |  | | Varje dygn |  |  |  | | Dubbelt boende |  | Nej | Ja |   Kommentar: |
| **KONSEKVENS AV ATT INTE ERHÅLLA HJÄLPMEDEL:**  Kan en utebliven förskrivning få konsekvenser för patienten avseende kroppsfunktioner, aktivitet/delaktighet och/eller omgivningsfaktorer? Beskriv kortfattat konsekvenserna.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Ja | Nej | Kommentar | | Kroppsfunktioner |  |  |  | | Aktivitet och delaktighet |  |  |  | | Omgivningsfaktorer |  |  |  | |
| **FÖRSKRIVARENS UNDERSKRIFT:**  Datum:      Namn: |
| Medicinskt underlag från läkare bifogas  Patienten godkänner att handling ur patientjournal (ex medicinskt underlag, gångtest) skickas till kostnadsansvarig |

Hjälpmedelsansvarig och enhetschef Mölndals Stad (kommun): Annika Wållberg, [annika.wallberg@molndal.se](mailto:annika.wallberg@molndal.se)

Rehabenheten, Flöjelbergsgatan 1C, 431 35 Mölndal. Tel: 031-3152331