

Datum:

Ansökan om produkt utanför ordinarie sortiment – Enstaka ärende

Förskrivaren ska ha diskuterat med hjälpmedelskonsulent angående behovsanalys och gemensamt bedömt att befintliga produkter uteslutits som alternativ för att täcka patientens behov.

FÖRSKRIVARE		PATIENT			
Enhet	Kombikakod	Personnummer			
Namn		Namn			
Telefon (helst mobil)		Eventuell kontaktperson			
E-post		Telefon			
YRKESKATEGORI	AT	AUD	SG/FT	SYNPED	ÖVRIGT:
ANVÄNDNINGSMÅL	<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Förskola		
	<input type="checkbox"/> Boende med särskild service enligt LSS	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS	<input type="checkbox"/> Skola		
	<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för äldre	<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp		
Har haft kontakt med konsulent, namn:					

Bakgrund
Diagnos, problem
Vilka befintliga hjälpmedel har provats? Orsak till att de inte fungerade
Hjälpmedlets effekt på patientens hälsa och livskvalitet. Ange målsättning med hjälpmedlet.
Angelägenhetsprövning. Vad blir konsekvensen för patienten vid uteblivet hjälpmedel?

Bedömning enl. Hjälpmedelsguidens beslutsstöd		
Effekt/nytta: ange siffra	Frekvens: ange siffra	Ange resultat (multiplicera föregående siffror)

Aktuellt hjälpmedel	
Leverantör	Artikelbenämning
Artikelnummer	Antal (vid behov av fler)