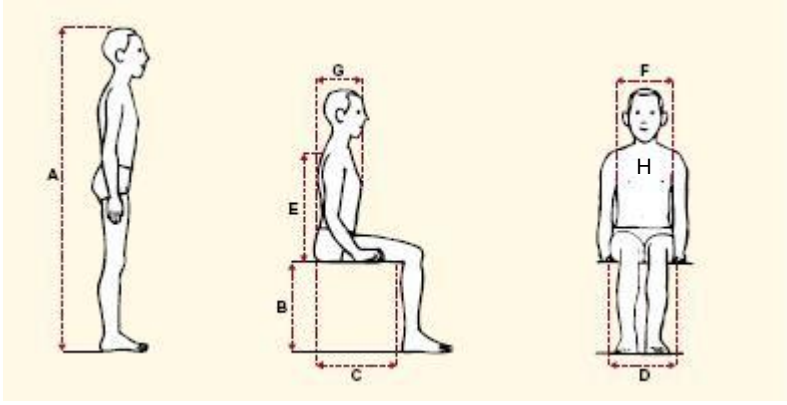


Namn		Diagnos:		Datum:	
Identifiering via id nr:		Förskrivare(kund)/betalare(nr):		Konsulent:	
Arbetsordernr:					
Beställningen avser:					
Rullstol	Elrullstol	Sitthjälpmedel	Ståstöd	Säng	
Positionering i liggande		Hygienhjälpmedel		Sulky	
Hjälpmedlet skall användas:				Övrigt	
Inne	Ute				

<b>Mått och vikt</b>		
Brukarvikt	kg	
A.Total längd	cm	
B.U-ben hö	cm	
U-ben vä	cm	
C.Sittdjup	cm	
D.Sittbredd	cm	
E.Ryggglängd	cm	
F.Bålbredd	cm	
G.Båldjup	cm	
H.Bröstmått	cm	

<b>Kropp</b>	<b>Ryggform</b>	<b>Stående</b>	<b>Huvudkontroll</b>
Spasticitet	Skolios	Ståskal	God
Hypotoni	Kyfös		Nedsatt
Smärta			
Tryckkänslighet			
Tonusväxling			
	<b>Nuvarande stöd</b>	<b>Kontrakturer</b>	<b>Överflyttningssätt</b>
Högerhänt	Korsett	höft	Självständigt
Vänsterhänt	Formgjuten sits	knä	Belastar fötterna
Vårdarstyrning	Fast rygg	fot	Med medhjälpare
			Med lyft
GMFCS			
MACS			

Viktiga funktioner på hjälpmedlet:

Nuvarande situation:

Brukarens samt förskrivarens syfte:

Detta har vi redan provat:

Övrigt:

---

Kontakta mig

Mail

Tel.

Beställa hjälpmedel

Lev. adress

Skickas tillsammans med arbetsorder med funktionen **Bifoga fil** i webbsesam.