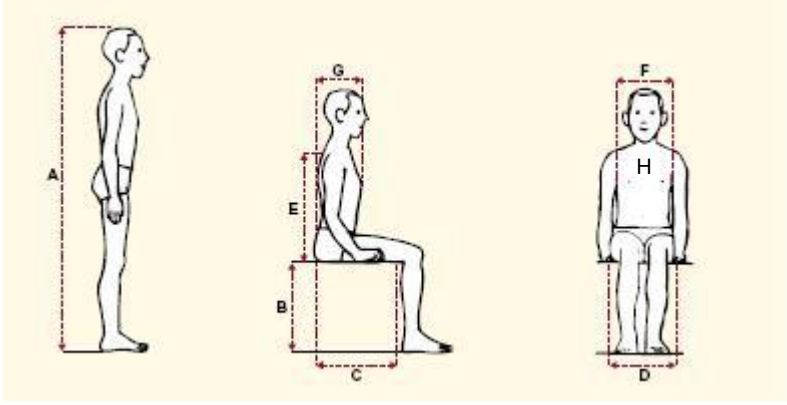


2019-08-22

Sidan 1 av 2

Namn		Diagnos:		Datum:	
Identifiering via id nr:		Förskrivare:		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



Kropp	Ryggform	Stående	Huvudkontroll
Spasticitet	Skolios	Ståskal	God
Hypotoni	Kyfos		Nedsatt
Smärta			
Tryckkänslighet			
Tonusväxling			
	Nuvarande stöd	Kontrakturer	Överflyttningssätt
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 via e-post till berörd konsulent eller  
[hjälpmedelskonsulent@regiongavleborg.se](mailto:hjälpmedelskonsulent@regiongavleborg.se)

Kan även skickas till:  
Hjälpmedel SAM, Gävle  
Budstation -82-