

## Särskild prövning

Datum
-------

### Förskrivarinformation

Namn
------

Telefon
---------

Mailadress
------------

Profession
------------

Arbetsplats och fullständig postadress
--

### Patientinformation

Personnummer
--------------

Namn
------

Diagnos
---------

### Önskat hjälpmedel

Vilket hjälpmedel avser prövningen och i vilken-/vilka miljöer ska det användas i?
--

**Funktionsnedsättning/problemställning**

Utförlig beskrivning av patientens funktionsnedsättning och din bedömning av problemställning/behov av önskat hjälpmedel.

**Mål och självständighetsgrad**

Målsättning med önskat hjälpmedel samt beskrivning av hur patientens självständighetsgrad påverkas?

**Hjälpmedelshistorik**

Hur tillgodoses behovet idag? Beskriv vilka hjälpmedel som tidigare har provats och hur det har fungerat?

**Förväntat behov**

Hur länge förväntas behovet kvarstå?

**Samråd**

Har samråd skett kring aktuellt problem/behov med länets hjälpmedelsleverantör?

- Inget samråd har skett
- Rådgivare
- Tekniker
- Någon annan

Titel och namn:

Vilka råd/rekommendationer gavs?

**Användningsfrekvens**

Bedömning av användningsfrekvens av önskat hjälpmedel?

- flera ggr/dag
- dagligen
- flera ggr/vecka
- enstaka ggr/vecka
- mer sällan

Kommentar

**Boendeform och sysselsättning**

Boendeform

- särskilt boende
- ordinärt boende

Om relevant för ärendet, fyll i nedanstående två rader

- lägenhet/våningsplan
  - Finns hiss?  ja  nej
- hus/villa
- stadsmiljö
- lantlig miljö

Kommentar

Sysselsättning

- förskola/skola
- daglig verksamhet
- ej yrkesverksam
- yrkesarbetande %-grad

Kommentar

**Hjälpbehov**

- Ingen, är helt självständig
- Behov av hjälp från annan person

Fyll i vem patienten har hjälp från

- Personlig assistans
- via privat bolag
- kommunal assistans

Beskriv omfattning av hjälpbehovet samt antal beviljade timmar/vecka

- Hemtjänst

Beskriv omfattning/beviljad insats

- Icke anställd anhörig/annan icke-anställd person
- sammanboende     ej boende i samma bostad

Beskriv omfattning av hjälpbehovet

Övriga kommentarer gällande hjälpbehovet

**Beviljade insatser** Växelvård

Beskriv omfattning

 Korttidsboende

Vuxen: Beskriv framtida planering (återgång till ordinärt boende, väntan på Säbo-plats, annat)

Barn/ungdom: Ange nuvarande antal dygn per månad

Övriga kommentarer

**Blanketten skickas till hjälpmedelskonsult i respektive länsdel, se postadress på vårdgivarwebben.**