

Svar sändes till remitterande arbetsterapeut/sjukgymnäst Namn Befattning Tjänsteställe Adress Tel nr	Patient Personnr Namn Adress Tel Listad vårdcentral
--	---

UTLÅTANDE INFÖR BESLUT/ UTPROVNING AV ELDRIVEN RULLSTOL

Medicinska uppgifter

Medicinsk diagnos/funktionshinder inkl prognos:

Kan patienten framföra eldriven rullstol utan fara för sig själv eller andra, vad det gäller:

	Ja	Nej	Anmärkning
Omdöme	☐	☐	
Reaktionsförmåga	☐	☐	
Kognitiv förmåga	☐	☐	
Syn	☐	☐	
Hörsel	☐	☐	

Medicinska vinster

- ☐ Minskar slitage på skadad vävnad
☐ Minskar aktivitet som är spasticitetsutlösande
☐ Möjliggör att patienten orkar vara aktiv
☐ Övrigt

Ev. kommentar:

Medicinska hinder

- ☐ Medicinering
☐ Epilepsi/kramper
☐ Alkohol/drogproblematik
☐ Passiviserande för patient
☐ Försämrar patientens sjukdom/ tillstånd

Ev. kommentar:

Bedömning av förmåga att framföra eldriven rullstol:

- ☐ Lämplig
☐ Ej lämplig
☐ Lämplig med vissa villkor
☐ Prova 3 månader därefter bedömning
☐ Övrigt

Ovanstående intygas

Namn:
 Befattning:
 Tjänsteställe:
 Adress:
 Tel: (även riktnr):

Datum: Namnteckning: