

Förskrivning av vårdarstyrt drivaggregat – uppföljning

Namn: _____ Personnummer: _____

Hjälpmedel: _____ Individnummer: _____

1. Ange de individuella målen med förskrivningen:

2. Används drivaggregatet enligt de mål som angetts och enligt handbokens produktanvisning?

☐ Ja

☐ Nej

3. Hur ofta används drivaggregatet till de mål som angetts?

☐ Varje dag

☐ 2-4 gånger per vecka

☐ 1 gång per vecka

☐ Några gånger i månaden

☐ Aldrig

4. Kan drivaggregatet framföras på ett säkert sätt?

☐ Ja

☐ Nej

5. Har personen/personerna som framför drivaggregatet god kännedom om hjälpmedlets funktioner?

☐ Ja

☐ Nej

6. Är drivaggregatet i gott skick? Ta hänsyn till punkter från patient/anhörig/personal och hur mycket reparation som utförts på hjälpmedlet.

☐ Ja

☐ Nej

7. Har patient/anhörig /personal god kännedom om bruksanvisning, lånevillkor och särskilda tillägg till lånevillkoren?

☐ Ja

☐ Nej

8. Samlad bedömning

☐ Fortsatt förskrivning till nästa uppföljning_____

(senast inom 18 månader)

☐ Behov av åtgärd_____

☐ Återlämning

Datum: _____

Förskrivare: _____