

Blankett

Skapat datum: 2025-09-22

Version: 3.1

Publicerat för Regionhälsan, Primärvårdens hjälpmedelsenhet

VGR-anställda skickar blanketten via VGR-Serviceportal.

Övriga skickar blanketten via SDK alternativt med post till Primärvårdens hjälpmedelsenhet.

Ankom:

Löpnr:

Särskild prövning inför förskrivning av drivaggregat eller motordriven rullstol

Förskrivare

Patient

Namn	Personnr
Befattning	Namn
Enhet	Adress
Direkttel	
E-post	Datum

1. Drivaggregat för manuell rullstol eller motordriven rullstol?

Drivaggregat för manuell rullstol
ISO-kod 122409

Patientstyrd

Vårdarstyrd, totalvikt: kg
(Patient + rullstol)

Motordriven rullstol
ISO-kod 1223

Tillbehör Vårdarstyrning

Övrigt

2. Användningsområde

Inomhus

Utomhus

3. Om aktuellt, välj ett eller flera alternativ

- Dubbelutrustning, ange orsak
- Byte till likvärdigt hjälpmedel, ange orsak eller Hjälpmedelsteknikers bedömning
- Specialanpassning, ange orsak och bifoga kostnadsförslag
- Utanför sortiment, beskriv risker och begränsningar med produkter inom sortiment, bifoga kostnadsförslag
- Utanför anvisning/riktlinje i handbok, ange orsak

4. Diagnos av betydelse för aktuellt hjälpmedel

5. Var och hur har bedömningen av hjälpmedelsbehovet genomförts?

Ex hemmiljö/mottagning, intervju/observation, bedömningsinstrument

6. Mål med hjälpmedelsförskrivning

Ange individuella mätbara mål och användningsfrekvens/vecka för respektive mål

Hela året Delar av året

7. Har riskanalys genomförts?

Se Beslutsstöd för hjälpmedelsförskrivning i Västra Götaland

Ja Nej

Riskbedömning

8. Kroppsfunktioner

Beskriv funktionsnedsättning av betydelse för aktuellt hjälpmedel

Beskriv hur förflyttning sker inomhus

Beskriv hur förflyttning sker utomhus

Svårigheterna bedöms vara av bestående eller långvarig art

Ja

Nej

Gångtest ex 6 min gångtest med gånghjälpmedel, bifogas

Ja

Nej

Ej aktuellt

Förskrivarens sammanfattande bedömning av gångförmåga

9. Aktivitet och delaktighet

Hur har patienten tidigare förflyttat sig till respektive mål?

Hur sker genomförandet av aktiviteterna idag?

10. Om aktuellt, vårdarstyrning till drivaggregat

Vem/vilka ska hantera vårdarstyrningen?

Bedöm svårigheten för den som kör, att framföra rullstolen till målen idag

11. Om aktuellt, vårdstyrning till motordriven rullstol

Ange i vilka miljöer eller situationer vårdstyrning krävs

12. Omgivningsfaktorer

Boende

Ordinärt boende

Särskilt boende

Dubbelt boende/Växelvård

Förvarings- och laddningsmöjligheter finns

Ja

Nej

Boendemiljö inomhus/utomhus

Familjesituation samt omfattning av hemtjänst/personlig assistans/boendestöd

13. Kan manuell rullstol eller gånghjälpmedel i kombination med andra transportmedel, till exempel egen bil, färdtjänst eller kollektivtrafik fungera för att nå målen?

Ja, ange orsak

Nej, ange orsak

14. Vid motordriven rullstol, har drivaggregat uteslutits?

Ja, ange orsak

Nej, ange orsak

15. Förväntad effekt av hjälpmedlet i förhållande till uppsatta mål**16. Konsekvenser om förskrivning inte genomförs****17. Medicinskt underlag från läkare bifogas med ansökan** Ja Nej**18. Patienten godkänner att handling ur patientjournal skickas till kostnadsansvarig**

Exempelvis medicinskt underlag, gångtest

 Ja Nej

**Om du inte får plats att skriva i en ruta, ange rutans nummer och
fortsätt skriva i den här rutan.**