

Blankett

Skapat datum: 2025-09-24

Version: 3.1

Publicerat för Regionhälsan, Primärvårdens hjälpmedelsenhet

Ankom:

Löpnr:

VGR-anställda skickar blanketten via VGR-Serviceportal.

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

## Särskild prövning inför hjälpmedelsförskrivning

Förskrivare	Patient
Namn	Personnr
Befattning	Namn
Enhet	Adress
Direkttel	
E-post	Datum

### 1. Hjälpmedel

ISO-kod

Hjälpmedel

Eventuella tillbehör

## 2. 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

## 3. Diagnos av betydelse för aktuellt hjälpmedel

## 4. Kroppsfunktioner

Beskriv funktionsnedsättning av betydelse för aktuellt hjälpmedel

## 5. Mål med hjälpmedelsförskrivning

Ange individuella mätbara mål och användningsfrekvens/vecka för respektive mål

## 6. Har riskanalys genomförts?

Se Beslutsstöd för hjälpmedelsförskrivning i Västra Götaland

Ja

Nej

Riskbedömning

## 7. Var och hur har bedömningen av hjälpmedelsbehovet genomförts?

Ex hemmiljö/mottagning, intervju/observation, bedömningsinstrument

## 8. Bedömningen av alternativ

Beskriv vad som har provats/uteslutits, ex enklare/alternativt lösning, annan träning, appar, produkt i allmän handel.

## 9. Aktivitet och delaktighet

Ange begränsningar i aktivitet och delaktighet av betydelse för behovet av aktuellt hjälpmedel exempelvis kommunikation, förflyttning, P-ADL, hemliv

## 10. Omgivningsfaktorer

Ordinärt boende

Särskilt boende

Dubbelt boende/Växelvård

Boendemiljö för aktuellt hjälpmedel

Familjesituation samt omfattning av hemtjänst/personlig assistans/boendestöd

**11. Förväntad användningsfrekvens av hjälpmedlet i förhållande till uppsatta mål**

Dagar/vecka

Dagar/månad

Delar av året

Hela året

**12. 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.**