

# Medicinskt underlag till Ortopedteknik

<b>Från</b>  Ordinatór  Remitterande enhet  Adress   Tel  Ansvarsnummer	<b>Till</b>  <b>Sahlgrenska Universitetssjukhus, Ortopedteknik</b>  Falkenbergsgatan 3, uppgång B, plan 4 412 85 Göteborg  Personnummer  Namn  Adress  Telefon
Underskrift	Datum
Om tolk behövs, ange språk:	
<b>Medicinsk bedömning</b>	
Diagnos	Vid diabetes : NDR <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  Vid CP: GMFCS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Funktionsnedsättning/symptom	Förslag på hjälpmedel <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Inlägg <input type="checkbox"/> Ortos <input type="checkbox"/> Protes <input type="checkbox"/> Annat
Hjälpmedlets syfte/målsättning	Användningsområde i första hand: ADL <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Idrott <input type="checkbox"/>  Användningsordination vid ortos <input type="checkbox"/> Får belasta fullt eller till smärtgräns <input type="checkbox"/> Får endast stegmarkera <input type="checkbox"/> Får tas av för luftning/vila/sömn <input type="checkbox"/> Får tas av för dusch/rengöring
Beräknad behandlingstid: <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tillfällig _____	
Har patient provat egenvård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Skor enligt skoråd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Individanpassade fotinlägg <input type="checkbox"/> Inte aktuellt <input type="checkbox"/> Skoanpassning Om patienten inte har provat egenvård enligt NKK riktlinjer kan remissen avslås <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Annat <a href="#">1177 för vårdpersonal</a>	