

Som stöd för fortsatt behovsbedömning vid förskrivning av elrullstol

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postadress	

Funktionshinder/diagnos:

Aktuell status	Ja	Nej	Kommentar
Adekvat omdöme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adekvat reaktionsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adekvat hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synrubbningsar (För utomhusanvändning minikrav synskärpa 0,5 på bästa ögat med eller utan korrektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neglect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbruksproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinering som kan påverka trafiksäkerheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi/kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat		

Användningsområden inomhus utomhus inne/ute vårdarmanövrerad

Medicinsk motivering till förskrivning:

<input type="checkbox"/>	Patient bedöms uppfylla medicinska förutsättningar för att kunna framföra elrullstol
<input type="checkbox"/>	Patient bedöms INTE uppfylla medicinska förutsättningar för att kunna framföra elrullstol

Medicinskt ansvarig läkare

Datum

Namnförtydligande

Befattning