

Patientens namn	Utprovningsdatum
Personnummer	Uppföljningsdatum

UPPGIFTSLÄMNARE

Namn	Telefon	
Titel		
Skickas till hjälpmedelskonsulent	Senast	
Datum		

Typ av sittanpassning som skall utvärderas

Sits	
Rygg	
Annan	

Hur används sittanpassningen

Hur länge har sittanpassningen använts?
Hur ofta används anpassningen?
Hur långa stunder används den?

Vad har uppnåtts med den nya sittanpassningen?

Upplevs anpassningen som komfortabel?
Upplevs sittställningen som förbättrad?
Subjektivt
Objektivt
Förändras sittställningen under dagen?
Har rodnad eller tryckmärken uppstått?
Är det svårt att placera patienten i sitsen?
Kan patienten själv ändra sittställning
Allmänt omdöme