

Namn ..... Personnr .....

## Rörelse- och funktionsförmåga

	ja	nej		ja	nej
Klarar trappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äter själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går utan stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ev. hjälpmedel vid matsituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar förflyttning till och från rullstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Klarar att köra rullstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dietmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar hygien själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar tandborstning själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Språksvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klär mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjälp med att komma ihåg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar toalettbesök själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjälp nattetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar att kontrollera urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vilken typ av hjälp		
Klarar att kontrollera avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
			Hjälp med mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hjälp med injektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hjälpmedelsbehov

<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Lyft	<input type="checkbox"/> Hygienhjälpmedel
<input type="checkbox"/> El rullstol	<input type="checkbox"/> Ortope. bandage	<input type="checkbox"/> Larm	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Gånghjälpmedel	<input type="checkbox"/> Elsäng	<input type="checkbox"/> Arbetsstol	.....
<input type="checkbox"/> Skrivhjälpmedel, vilket .....	<input type="checkbox"/> Hjälpmiddel för hörsel, vilket .....		
<input type="checkbox"/> Hjälpmiddel för tal, vilket .....	<input type="checkbox"/> Hjälpmiddel för syn, vilket .....		

## Mina kontakter på hemorten, namn, adress, telefon, fax, ev. telefontider

Kurator .....

Distrikssköterska .....

Arbetssterapeut .....

Sjukgymnast .....

Läkare .....

Psykolog .....

Logoped .....

Hjälpmedelansvarig .....

Jag har god man. Namn, adress och telefon till god man .....

## Önskemål om insatser av:

Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	Kurator	<input type="checkbox"/>	Arbetssterapeut	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	Kommunikationsteam	<input type="checkbox"/>



Personnummer.....

Efternamn..... Förnamn .....

## Diagnos

.....  
.....  
.....

## Status

syn .....  
hörsel .....  
tal .....  
språkförståelse .....  
tarmfunktion.....  
trycksår .....

## Hjälpmedel för:

syn .....  
hörsel .....  
tal .....  
skrift.....

## Psykiska symptom

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> minnesstörning       | <input type="checkbox"/> demens          |
| <input type="checkbox"/> omdömesdefekt        | <input type="checkbox"/> initiativlöshet |
| <input type="checkbox"/> irritabilitet        | <input type="checkbox"/> aggressivitet   |
| <input type="checkbox"/> abnorm uttröttbarhet |  |

## Kommunicerar via

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> tal                |
| <input type="checkbox"/> Bliss              |
| <input type="checkbox"/> pektavla           |
| <input type="checkbox"/> annat, vilket..... |

## Beskrivning av funktionshinder

(ange ev. hjärtinkomp, diabetes, epilepsi)

.....  
.....  
.....

## Aktuell medicinering

.....  
.....  
.....

Datum .....

Underskrift av läkare.....