VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
PRIMÄRVÅRDEN SKARABORG

ANSÖKAN *om förskrivning av hjälpmedel, primärvårdens kostnadsansvar*

Sänd din ansökan till kostnadsansvarig inom respektive PV-område.

Namn:
Adress:

Sökande (**Förskrivare)** förnamn och efternamn	**Patient** personnummer
Befattning Ord.ID	Förnamn och efternamn
Tjänsteställe	Adress
Adress	Postnummer Postadress
Postnummer Postadress	Telefon
Telefon E-post	Typ av boende

Typ av hjälpmedel, samt ev leverantör & modell
Hjälpmedel utanför sortiment/dubbelutrustning (motivering till eventuellt val av produkt utanför sortiment)
Sökgrupp (enligt produktanvisningarna i hjälpmedelshandboken)

Sociala förhållanden, familj, hemtjänst/personlig assistent, boende
Förmåga att utföra dagliga livets aktiviteter, förflyttning, kommunikation, personlig vård, hemmets skötsel, arbete, fritid
Problem, arm-, handfunktion, gångförmåga, fysiska funktioner, kognitiva funktioner

Målsättning/syfte med hjälpmedlet, beskrivning
Beskrivning av användningsområde när, var, hur, användningsfrekvens
Nuvarande hjälpmedel
Övriga upplysningar

Medicinska uppgifter (ifylles av läkare vid förskrivning av elrullstol, i övrigt av förskrivare)

Diagnos	
Sammanfattande sjukdomshistoria och prognos	
Hörsel utan anmärkning ☐ **Ja** ☐ **Nej**	Om nej, ange hurvida hörselnedsättningen är utan betydelse för förmågan att framföra hjälpmedlet i trafik
Syn utan anmärkning ☐ **Ja** ☐ **Nej**	Om nej, ange hurvida synnedsättningen är utan betydelse för förmågan att framföra hjälpmedlet i trafik
Medger patientens psykiska tillstånd t ex i fråga om mognadsgrad, omdömesförmåga, rubbningar i medvetandet eller andra Psykiska funktioner, utnyttjande av hjälpmedel i den miljö där det skall användas? Om tveksamheter föreligger, ange orsak, ☐ **Ja** ☐ **Nej**	

Läkarens underskrift Med stöd av ovanstående uppgifter anser jag ordination av hjälpmedel lämpligt

Läkarens namn		
Namnförtydligande	Adress	Telefon

Datum

Förskrivarens underskrift