

CHECKLISTA UPPFÖLJNING DRIVAGGREGAT

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

Adress..... Telefon.....

.....

Datum för uppföljning/hembesök:..... 3-mån Årlig

Förskrivningsdatum:..... Individnr:.....

Drivaggregat:..... Månadskostnad:.....

1. Nuvarande rullstol typ:.....

2. Kan patient själv ladda drivaggregatet? Ja nej

3. Hur ofta används drivaggregatet?

A. Dagligen

B. 3-6 ggr /vecka

C. 1-2 ggr/vecka

D. 1-3 ggr/månad

E. 1 gång/månad eller mindre

F. Sommarsäsong

4. Beskrivning av miljön utomhus:

A. Stadsmiljö

B. På landet

C. Asfalt/plant underlag

D. Grusväg

E. Kuperat

5. Patients vikt anges:.....

6. Vem kör rullstol med drivaggregat?.....

7. Nuvarande transportsätt?

A. Manuell rullstol/

B. Patienten kör bil

C. Anhörig kör bil

D: Patienten har färdtjänst

E. Kollektiv trafik

F. Annat:.....

8. På vilket sätt ökar patientens möjlighet till självständighet/delaktighet i det dagliga livets aktiviteter?

.....

.....

9. Påminn och informera om:

- skötsel

- förvaring

- laddning

- försäkring

- ersättningsskyldighet

- drivaggregatet är ett lån

- återlämning vid förändrade förhållande eller riktlinjer

10. Rekommendation

A. Fortsatt användning

B. Tveksam

C. Återtagande

Uppföljning utförd av arbetsterapeut:.....

Arbetsplatsadress:.....

Telefon:.....

BESLUT

I samråd med Hjälpmedelgruppen Primärvården Skaraborg

Beviljas

Återkallas

Datum:..... Kostnadsansvarig.....