|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **ORDNAT INFÖRANDE**  Ansökan om förskrivning av hjälpmedel utanför sortiment | | | | | Sittande  Stående  Kommunikation-Kognition  Annat | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Datum | | | | | | |
| Patientens namn | | | | | | | | | Personnummer | | | | | | |
| Förskrivare | | | | Titel | | | | | Förskrivarnummer | | | | | | |
| Arbetsplats | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefonnummer | | | | E-post | | | | | | | | | | | |
| **Problemformulering** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problem som ska åtgärdas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aktuell åtgärd | | | | | | | Blankett för beslutsstöd bifogas | | | | | | | | Ange prioriteringsgrad |
| Mål med åtgärd | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Utredning** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| På vilket sätt kommer patienten använda aktuellt hjälpmedel? | | | | | | För att övervaka den medicinska behandlingen | | | | | | Annat | | | |
| För att kompensera en nedsatt funktion | Som en del av den medicinska behandlingen | | | | |
| Hur länge förväntas behovet finnas? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hur ofta kommer patienten använda aktuellt hjälpmedel? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nuvarande hjälpmedel (relevanta för utprovningen) | | | | | | | | | | | | | | Individnummer | |
| Vad har provats tidigare kring detta problem (hjälpmedel, andra åtgärder)? | | | | | | | | | | | | | | | |
| För- och nackdelar med ovanstående?    Varför uppfyller inte de provade hjälpmedlen patientens behov? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kan du se att det finns fler patienter med samma behov av lösning/hjälpmedel? | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Flera ggr/år | | Några ggr/år | | | Någon enstaka gång | | | | | | | |  | | |
| Övrigt, kommentarer? | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fylls i av Hjälpmedelscentralen** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hjälpmedelskonsulent | | | | | | | | | | | | | | | |
| Är hjälpmedlet en medicinskteknisk produkt? | | | | | Klassificering enligt standard | | | | | | | | | | |
| Ja | Nej | | |  | | | | | | | | | | | |
| Inköpskostnad för aktuellt hjälpmedel inkl tillbehör        kr | | | | | | | | | | | | | | | |
| Debiteringssätt?  Försäljning | Hyra | | | Preliminär hyra        kr/mån | | | | | | | | | | | |
| **Beslut** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hjälpmedlet kan köpas in och förskrivas till aktuell patient | Hjälpmedlet kan köpas in och förskrivas för utvärdering | | | Ange period | | | | | | | Antal förskrivning under perioden        st | | | | |
| Ansökan avslås |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| Motivering till beslut | | | | | | | | | | | | | | | |
| Underskrift, verksamhetschef | | | | Datum | | | | | |  | | | | | |