

## KARTLEGGINGSSKJEMA VED BEHOV FOR SITTETILPASNING

Bruker:

F.nr.:

Adresse:

Telefon:

Kommune:

### Diagnose:

Dato for siste hofte- og ryggundersøkelse:

Korsett/kirurgisk behandling vurdert/i bruk:

### Brukers funksjon:

Feilstilling hofte/rygg:

Variasjon i spastisitet/tonus:

Hodekontroll:

Forflytning:

Selvhjulpen:

Med hjelp:

Personløfter:

Type:

Annet:

## Brukers behov:

Bestillingen gjelder:

Nyutprøving:

Bytte:

Tilleggsstol:

Brukeren har stol, men har behov for ny fordi:

Hvilken stol har bruker hatt tidligere:

Hvilken sitteenhet har bruker i stolene i dag:

Hva fungerer ikke ved disse:

Hva bør det tas spesielt hensyn til ved utforming:

I hvilke situasjoner skal stolen brukes:

Skal brukes hele dagen:  Inne:  Skal håndteres inn/ut av bil:

Bare korte perioder pr. dag:  Ute, type underlag:  Av bruker selv:

.....

Til transport:

Av hjelper:

Understell

Manuell rullestol

Elektrisk rullestol

Annet: Hvilke?

Målsetting:

<b>Skjemaet er utfylt av:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Navn:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Stilling:</b>	
<b>Arbeidssted:</b>	

<b>Pårørende/foresatte:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Kontaktperson i kommune/koordinator:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Fysio-/ergoterapeut:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Bolig:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Dagtilbud:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Kontaktperson Hab.tjenesten:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Kontaktperson HMS:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Kontaktperson firma:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Faglig ansvarlig for tilpassing:</b>	<b>Tlf.:</b>
<b>Faglig ansvarlig for oppfølging:</b>	<b>Tlf.:</b>

**Kopi til:**

**Andre opplysninger:**