

Verksamhetsområde Hjälpmedel



Utprovningsunderlag med måttangivelser

AO-nummer: _____

Patientens namn: _____ Personnummer: _____

Sitt

Måttangivelser	Hjälpmedel
Längd: _____	Sittvagn enkel avancerad
Höftbredd: _____	Manuell rullstol aktiv komfort
Sittdjup: _____	
Underbenslängd hö: _____	Elrullstol joystick höger vänster
Underbenslängd vä: _____	styre höger vänster
Sits - skulderblad: _____	annat
Sits - hjässa: _____	
Vikt: _____	Arbetsstol/höga barnstolar Hygienstol

Gå/Stå/Cykla

Måttangivelser	Hjälpmedel
Längd: _____	Gåstol
Golv - axil: _____	Gåbord
Golv - armbåge: _____	Rollator framåtvänd bakåtvänd
Golv - handled: _____	
Golv - fingertopp: _____	Ståstöd med ståskal utan ståskal
Bålomkrets: _____	med drivhjul utan drivhjul
Höftomkrets: _____	
Vikt: _____	Cykel fast nav frihjul

Lyftas

Måttangivelser	Typ av lyftsele:	sittande lyft ståskal	hygien gång
Längd: _____			
Höftbredd: _____			
Axelbredd: _____	Behov av stöd:	huvudhögt axelhögt under axelhöjd	
Midjemått: _____			
Stuss - axel: _____			
Stuss - hjässa: _____			
Vikt: _____	Är patienten i behov av att sitta kvar i selen?	ja	nej

Vilken lyft skall selen användas till, ange modell:

Övrig information viktig för utprovningen: