

TILLSAMMANS UTVECKLAR VI VÄLFÄRDEN

REGION VÄSTERNORRLAND, KOMMUNFÖRBUNDET
OCH KOMMUNERNA I VÄSTERNORRLAND

Ordnat införande av individuellt utprovat hjälpmedel till enskild person

Ansökan skickas till: region.vasternorrland@rvn.se

Datum: _____

Förskrivarens kontaktuppgifter

Namn: _____

Profession: _____

Verksamhet: _____

E-post: _____

Telefon: _____

Ansökan avser barn/ungdom vuxen

Hjälpmedel som ansökan avser

Ange tydligt vilket hjälpmedel/produkt som ansökan avser, dess artikelnummer, leverantör och kostnad.

Hjälpmedelskonsultent har konsulterats Ja Nej Om nej, ange orsak nedan

Personen har provat föreslaget hjälpmedel Ja Nej Om nej, ange orsak nedan

Aktuellt hjälpmedel/produkt är en medicinteknisk produkt Ja Nej

Kommentarer

Beskrivning av problem som ska åtgärdas

Vilken aktivitetsbegränsning och/eller delaktighetsinskränkning har personen? Vad är orsaken till problemet?

Ange om personen använder hjälpmedel idag inom samma behovsområde och hur detta fungerar.

Aktuell åtgärd

Vilken åtgärd är aktuell? Kräver åtgärden även andra insatser? Beskriv din plan för implementering av hjälpmedlet.

Mål med åtgärden

Vad är det tänkt att personen ska kunna göra eller delta i med hjälp av åtgärden? Fyll i rutorna nedan utifrån SMART .

Specifikt: ange exakt vad du vill åstadkomma (vem, vad, var, varför, vilket)

Mätbart: beskriv hur du ska mäta och utvärdera om målet har uppnåtts

Tidsatt: ange när målet ska vara uppnått

Är målet accepterat av samtliga som berörs?

Är målet rimligt att genomföra och uppnå?

Utvärdering

Du som förskrivaren ansvarar för att utvärdering av beviljat hjälpmedlet görs när personen använt hjälpmedlet i sex månader. Utvärderingsblanketten hittar du på Region Västernorrlands vårdgivarwebb, ordnat införande av hjälpmedel.

Utvärderingen skickas till region.vasternorrland@rvn.se