|  |  |
| --- | --- |
| Brukarens **initialer** (ej hela namnet)      | Arbetsordernummer      |
| Kontaktperson namn (ansvarig för larm) i hemmet      | Telefon/E-post kontaktperson      |
| Förskrivare namn      | Telefon/E-post förskrivare      |
| Arbetsställe förskrivare      |  |

|  |
| --- |
| Typ av anfall |
| [ ]  Generaliserande toniskt/kloniska anfall[ ]  Annat? (hur ter sig anfallen och vilkakroppsdelar är involverade?)       | **Vilken tid på dygnet? Frekvens?**[ ]  Dagtid Hur länge?      [ ]  Nattetid Hur ofta?      [ ]  Över hela dygnet |

|  |
| --- |
| Typ av larm |
| [ ]  Rörelselarm/skaklarm i säng [ ]  Ljudlarm i säng [ ]  Fukt-Väta i säng[ ]  Rörelselarm kroppsburen (inomhus, brukarvikt min 40 kg) [ ]  Annatvad?     I det fall larmet behövs för att snabbt medicinera, är det acceptabelt med en fördröjning på 13 sek. innan larmet går iväg? [ ] Ja [ ] NejBrukarvikt (nödvändigt att veta vid installationen)       |

|  |
| --- |
| Typ av boende[ ]  Ordinärt boende, vem tar emot larmet?      [ ]  Särskilt boende, vem tar emot larmet?      [ ]  Annat vad?      -----------------------------------Vid särskilt boende, ska larmet kopplas till ett befintligt larmsystem? [ ] Ja [ ] NejBoendets larmleverantör?      Namn och telefon till larmansvarig på boendet:       |

|  |
| --- |
| MottagareHur långt ifrån brukaren kommer den som ska ta emot larmet att befinna sig (t.ex. inom en lägenhet på xx m2, i en 2-plansvillaeller i en annan lägenhet på samma våningsplan)?       |

|  |
| --- |
| **Övrigt**(T.ex. om brukaren har andra funktionsnedsättningar eller annat av vikt vid installation)      |