**Uppföljning eldriven rullstol**

|  |  |
| --- | --- |
| Modell: | Individnummer: |
| Namn: | Förskrivare: |
| Utlämnad: | Uppföljning: |
| Specialanpassning/anpassningar/reparationer enligt sesam: |  |
|  |  |
| Har medicinska, aktivitets- och funktionsförmågor förändrats? Ja Nej | |
| Om ja, vilka |  |
| Finns förändringar i miljö/förvaring: |  |
| Hur ofta används den eldrivna rullstolen? Dagligen Varje vecka Någon gång i månaden Mer sällan | |
| Om den eldrivna rullstolen används sällan, vad beror det på? | |
| Vid vilka aktiviteter används den eldrivna rullstolen? | |
| Föreligger behov av nya funktioner gällande sitt- och körergonomi Ja Nej | |
| I så fall, vilka |  |
| Klarar brukaren att framföra den eldrivna rullstolen ändamålsenligt? Ja Nej | |
| Övriga kommentarer |  |
| Är egenansvaret uppfyllt? |  |
| Skötsel |  |
| Förvaring |  |
| Aktsamhet |  |
| Försäkring |  |
| Övrigt |  |
| **Måluppfyllelse:** | Ja Nej |
| Åtgärder för måluppfyllelse: | |
| Bedömning: |  |
| Finns behov av konsultation av annan profession inför bedömning: |  |
| Stolen behålles, ny uppföljning planeras: |  |
| Stolen återlämnas: |  |
| Motivering: |  |