

Patientens namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort

Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut

Mediciner – läkemedelsförteckning eller APO-doslista kan bifogas

1 Fysiskt funktionshinder

- | | | |
|--|---|---|
| a) Går själv | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| b) Går med stöd | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| c) Rullstolsburen | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv | Nej <input type="checkbox"/> |
| d) Klarar dusch och personlig hygien själv | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv flytt från rullstol till säng | Nej <input type="checkbox"/> Beskriv hjälpbehovet |
| e) Klarar på- och avklädning själv | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> Beskriv hjälpbehovet |
| f) Pares | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv omfattning | Nej <input type="checkbox"/> |

Sammanfattande beskrivning

Patientens namn	Personnummer
-----------------	--------------

- 2 Psykiskt/kognitivt funktionshinder** Ja Nej
- a) Kognitivt funktionshinder Ja Beskriv omfattning Nej
- b) Begränsad verklighetsuppfattning Ja Nej
- c) Minnesstörningar Ja Nej
- d) Bristande sjukdomsinsikt Ja Nej
- e) Har god man/förvaltare Ja Nej
- f) Planerar och genomför dagliga aktiviteter Ja Nej Beskriv svårigheterna

Sammanfattande beskrivning

- 3 Stödinsatser** Ja Nej
- a) Hemtjänst Ja Beskriv omfattning och insatser Nej
- b) Hemsjukvård Ja Beskriv omfattning och insatser Nej
- c) Stöd av annan person Ja Beskriv omfattning och insatser Nej
- d) LSS-insats Ja Nej
- e) Står till arbetsmarknadens föfogande Ja Nej
- f) Boendeform Ordinärt boende Särskilt boende

Sammanfattande beskrivning

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Telefon
Adress	Mobil