

Anvisning specialanpassning

 HD Rehabs ärendenr.:
 (Fylls i av HD Rehab)

VIKTIGT!

- Kontakta **alltid** HD Rehab innan du utfärdar en anvisning!
- Läs informationen om specialanpassade produkter Art. nr. 95431 innan du fyller i anvisningen!
- Anvisningen får endast utfärdas av läkare eller annan behörig person.

Anvisningen har upprättats av		Kundens Ärendenummer:
Namn		Titel
Vårdenhet		Tel. arbetstid

Kontaktperson på HD Rehab

Namn

Brukare som specialanpassningen är avsedd för (Produkten får endast användas av denna person)

Namn	Personnummer
------	--------------

Hjälpmedel som ska specialanpassas

Produkt		
Typbeteckning *	HD Rehabs artikelnummer *	Ev. serienummer**

* Ifylls av HD Rehab ** Rullstolens serienummer anges bara om specialanpassningen ska användas på en befintlig rullstol.

Specialanpassningens syfte

Beskriv så utförligt som möjligt vad som ska uppnås i fråga om funktion hos produkten. Beskriv även vilken problematik brukaren har och varför en standardprodukt inte fungerar. Bifoga gärna ritning, skiss eller liknande samt bilder som tydliggör problemet eller på ev. befintligt hjälpmedel.

Skriv gärna på separat blad och bifoga om du inte får plats här!

Risakanalys

Ange om du bedömer att det kan finnas ökade risker med den specialanpassade produkten jämfört med en produkt i standardutförande. Bifoga gärna riskanalys.

Skriv gärna på separat blad och bifoga om du inte får plats här!

Underskrift

Datum och signatur