# Ansökan om hjälpmedel utanför Region Gotlands regelverk för hjälpmedel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Förskrivare:**  Ange namn | **Arbetsplats:**  Ange enhet | **Telefon:**  Ange nummer |
| **Datum:** XXXXXX | | |
| **Brukarens ålder:** XX **år** | | |
| **Diagnos och funktionsnedsättning:**  Ange diagnos och funktionsnedsättning | | |
| **Begränsningar i vardagen:**  Beskrivande text | | |
| **Hjälpmedel som ansökan avser:**  Ange hjälpmedel | | **Beräknad kostnad:**  **c:a** XX **kr** |
| **Har likvärdigt hjälpmedel provats?:**  Ange vilket hjälpmedel samt resultat | | |
| **Funktion som hjälpmedlet ska ersätta (Har du kunnat mäta effekten?):**  Beskrivande text | | |
| **Målsättning. Vad ska brukaren uppnå med hjälpmedlet? Hur ökar det brukarens aktivitet respektive delaktighet?**  Beskrivande text | | |
| **Om ansökan gäller ett hjälpmedel som tidigare inte funnits på marknaden, vad finns det för evidens? Hur ser det ut på andra ställen? Finns det någon utvärdering av hjälpmedlet?**  Beskrivande text | | |
| **Övrigt av värde för ansökan, t.ex. typ av boende, hjälp av hemtjänst/personlig assistans, anhöriga:**  Beskrivande text | | |

Behovstrappa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trappa | | | | | | | | |
| Förflytta sig | | ADL | | Kommunicera | | | Vård och behandling | |
| Trappsteg | | | | | | | | |
| 1. | 2. | | 3. | | 4. | 5. | | 6. |

## Beslut

□ Bifall enligt bifogat protokollsutdrag (§ \_\_\_ / 202\_ )

□ Avslag enligt bifogat protokollsutdrag (§ \_\_\_ / 202\_ )

□ Återremittering enligt bifogat protokollsutdrag (§ \_\_\_ / 202\_ )

Visby \_\_\_\_-\_\_-\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_