# 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 \_\_\_\_-\_\_-\_\_

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