VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
REGIONSERVICE

Föreslagen åtgärd Formgjuten sits

Namn:	Förskrivare:
Person nr:	Telefon nr:

Hjälpmedelskonsulent:
Telefon nr:

Problembeskrivning:

Tidigare hjälpmedel som provats / övervägts eller anna typ av sittkorrigerande åtgärder som provats / övervägts med hjälp av hjälpmedelskonsulent utan att patientens behov kunnat tillgodoses.

Motivering till val av individuellt utformad sits

Ort /Datum: _____

_____ _____

Förskrivare Hjälpmedelskonsulent