

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 Nej 

b) Går med stöd

Ja Nej 

c) Rullstolsburen

Ja  BeskrivNej 

d) Klarar dusch och personlig hygien själv

Ja  Beskriv flytt från rullstol till sängNej 

e) Klarar på- och avklädning själv

Ja Nej  Beskriv hjälpbehovet

f) Pares

Ja Nej  Beskriv hjälpbehovetJa  Beskriv omfattningNej 

## Sammanfattande beskrivning

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

## 2 Psykiskt/kognitivt funktionshinder

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>           |  | <b>Nej</b> <input type="checkbox"/>                |
| a) Kognitivt funktionshinder                 | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv omfattning | Nej <input type="checkbox"/>                       |
| b) Begränsad verklighetsuppfattning          | Ja <input type="checkbox"/>                    | Nej <input type="checkbox"/>                       |
| c) Minnesstörningar                          | Ja <input type="checkbox"/>                    | Nej <input type="checkbox"/>                       |
| d) Bristande sjukdomsinsikt                  | Ja <input type="checkbox"/>                    | Nej <input type="checkbox"/>                       |
| e) Har god man/förvaltare                    | Ja <input type="checkbox"/>                    | Nej <input type="checkbox"/>                       |
| f) Planerar och genomför dagliga aktiviteter | Ja <input type="checkbox"/>                    | Nej <input type="checkbox"/> Beskriv svårigheterna |

### Sammanfattande beskrivning

## 3 Stödinsatser

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Ja</b> <input type="checkbox"/>       |   | <b>Nej</b> <input type="checkbox"/>      |
| a) Hemtjänst                             | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv omfattning och insatser | Nej <input type="checkbox"/>             |
| b) Hemsjukvård                           | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv omfattning och insatser | Nej <input type="checkbox"/>             |
| c) Stöd av annan person                  | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv omfattning och insatser | Nej <input type="checkbox"/>             |
| d) LSS-insats                            | Ja <input type="checkbox"/>                                 | Nej <input type="checkbox"/>             |
| e) Står till arbetsmarknadens förfogande | Ja <input type="checkbox"/>                                 | Nej <input type="checkbox"/>             |
| f) Boendeform                            | Ordinärt boende <input type="checkbox"/>                    | Särskilt boende <input type="checkbox"/> |

### Sammanfattande beskrivning

Underskrift – läkare	Datum
Namnförtydligande	Telefon
Mottagning och adress	e-postadress

**Skicka blanketten till:** Västra Götalandsregionen  
Tandvårdssamordning  
Koncernkontoret  
Regionens Hus  
405 44 GÖTEBORG