|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| 2024-10-06 |
|  |
| trycksårprevention |
|  |
|  |  |

Inventering av hjälpmedel

Avdelning: Datum:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hjälpmedel** | **Individ.nr/**  **Inköpt år?** | **Funktiontest** | | **Antal** | **Behov av** | **Inköpsbehov antal** |
| **Ua** | **Anmärkning** |  |  |  |
| *Ex: Multikudde* | *2019?* | X | *Ett överdrag trasigt* | *6* | *9* | *3+ ett överdrag* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Översyn utförd av

Underskrift

Namnförtydligande

Översyn av samtliga hjälpmedel skall utföras minst en gång/år.

Informera närmsta chef om det finns behov av inköp.