

## Uppföljning vid förskrivning av behandlings- och träningshjälpmedel (inom 3 månader efter förskrivning)

|              |  |
|--------------|--|
| Personnummer |  |
| Namn         |  |
| Adress       |  |
| Telefon      |  |
| Förskrivare  |  |

|   | JA | NEJ |
|---|----|-----|
| Föreligger det några medicinska förändringar?                           |    |     |
| Har funktionsförmågan - aktivitetsförmågan förändrats?<br>Om ja, vilka? |    |     |
| Är användningsområdet detsamma idag som vid förskrivningstillfället?    |    |     |
| Finns det behov av nya funktioner och utrustning? Om JA - beskriv.      |    |     |

Övrigt .....

|       |                      |
|-------|----------------------|
| Datum | Ansvarig förskrivare |
|       |                      |

Behövs ytterligare uppföljning?

Ja Nej