Dokumentbeskrivning: Detta dokument ligger till grund inför projektering av taklyft. Blanketten fylls i av förskrivare och skickas till hjälpmedelskonsulent på HMC. Förskrivare lägger även ett nytt ärende till hjälpmedelskonsulent i Sesam. Blanketten är ett arbetsmaterial och kan förstöras efter avslutat ärende.

Inför projektering av taklyft

|  |
| --- |
| Patient: |
| Datum: |
| Aktivitetsnummer: |

|  |
| --- |
| Förskrivare: Tel.nr: |

|  |
| --- |
| Konsultationen gäller taklyft i:  Badrum  Hall  Sovrum  Vardagsrum  Annat rum: |

|  |
| --- |
| Finns vägguttag för stickkontakt i rum där taklyft ska projekteras?  Ja  Nej |

|  |
| --- |
| Om patienten använder lyft idag, vilken typ används?  Mobil personlyft  Taklyft  **Ange bygelbredd:** |

|  |
| --- |
| Har hembesök utförts av förskrivare inför önskemål om projektering av taklyft?  Ja  Nej |

|  |
| --- |
| Finns taklyft i bostaden sedan tidigare?  Ja  Nej  **Om ja, ange placering:** |

|  |
| --- |
| Har godkännande om taklyftsmontering inhämtats från fastighetsägaren? (Detta behöver inhämtas innan projektering kan påbörjas.)  Ja  Nej |

|  |
| --- |
| Finns det smittorisk som behöver kännas till?  Ja  Nej  **Om ja, ange:** |

|  |
| --- |
| Problemställning. Ange orsak till varför mobil personlyft ej kan användas i det utrymme projekteringen gäller.  **Beskriv:** |

|  |
| --- |
| Syfte och målsättning, vad ska lyftas till?  **Beskriv:** |

|  |
| --- |
| Material i väggar och tak, ex. betong eller gips.  **Ange:** |

|  |
| --- |
| Annat att tänka på som kan vara i vägen. Takhöjden, finns nedbyggnad från tak ex. ventilation, sprinkler eller brandvarnare? Vägguttag som kan vara i vägen? Övriga inventarier?  **Beskriv:** |

|  |
| --- |
| På vilket våningsplan ska lyften avses taklyften användas? Är det trångt i trappor eller finns hiss?  **Beskriv:** |

|  |
| --- |
| **Övrigt:** |