

Inkom till LDH: _____

Ao-nr: _____

Ordernr: _____

**Underlag för utredning/utprovning av
kommunikations- och
kognitionsstöd/hjälpmedel**

Patient

Namn..... Personnr.....

Tel..... E-post.....

Kontaktperson.....

Beställare

Namn..... Befattning.....

Tjänsteställe.....

Tel..... E-mail.....

Kundnr hos LD Hjälpmedel

Finns annat aktuellt eller pågående ärende med LDH?

Finns det behov av omgivningskontroll och/eller larm? Ja Nej

Var önskar ni att utprovningen äger rum?

Är det något LDH ska ta hänsyn till vid utprovningen/utredningen? (exv. klädsel, tid på dagen, avskalat rum)

.....

.....

Övrig information

.....

.....

.....

Aktuell problemställning/behov

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allmänt

Funktionsnedsättning (inklusive eventuell syn- och hörselnedsättning)

Förflyttningssätt och ev hjälpmedel (inomhus respektive utomhus)

Finmotorik (beskriv ev nedsatt finmotorik, pekförmåga, räckvidd mm)

Språkliga funktioner

Språklig förmåga (beskriv styrkor och ev. svagheter)

Kommunikationssätt

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tal | <input type="checkbox"/> Ögonpekning |
| <input type="checkbox"/> Ljud | <input type="checkbox"/> Skrivet text |
| <input type="checkbox"/> Gester | <input type="checkbox"/> Bilder/symboler, vilka |
| <input type="checkbox"/> Tecken | <input type="checkbox"/> Syntetiskt tal |
| <input type="checkbox"/> Ansiktsuttryck/mimik | <input type="checkbox"/> Digitaliserat tal |
| <input type="checkbox"/> Annat kommunikationssätt | |

Kognitiva funktioner

Planera, anpassa, genomföra effektivt, efterkontrollera, utvärdera (beskriv styrkor och ev. svagheter)

Skicka anmälningsblanketten till:

LD Hjälpmedel, Avdelning KLOK, Box 948, 781 29 Borlänge
Fax: 0243 – 49 78 55