

Checklista beställningar av inkontinenshjälpmedel i Tele-Q

Personnummer:		Telnummer (dit personen nås på leveransdagen):	
Namn:			
Leveransadress:		Aktuell portkod/tagg:	

När inga tidigare förskrivningar finns sätt upp en tid för utredning hos en förskrivare

För vilket/vilka inkontinenshjälpmedel gäller beställningen?

Produktnamn	Storlek	Antal/dygn	Antal produkter som finns kvar i hemmet

När gjordes förra beställningen? (>två månader sedan?)		
Finns det förskrivning på ytterligare produkter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är det snart dags att beställa även dessa?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är behovet <u>förändrat</u> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vad är förändrat?		
Sker toalettbesök/toalettassistans under dygnet (4-8 ggr/dygn)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om nej, vad gör att detta inte sker?		

	Förskrivning med flera uttag finns	Förnyelse av förskrivning
<u>Oförändrat behov:</u>	Beställning kan göras direkt i GUIDE av behörig förskrivare/beställare	
<u>Förändrat behov:</u>	Sätt upp en tid för uppföljning/utvärdering hos ansvarig förskrivare	Överrapportera till ansvarig förskrivare. Förskrivaren bedömer: – ny förskrivning – ny uppföljning/utvärdering