

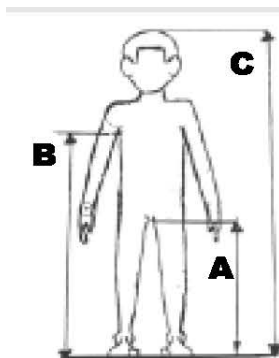
Dette skjemaet skal fylles ut og legges ved alle søknader om ståhjelpemiddel. Skjemaet skal være en hjelp å avdekke brukers behov samt å hjelpe HMS til rett valg av hjelpemiddel. NB! Vis til sjekklisten i søknaden, og mye av begrunnelsen er på plass.

Bruker \_\_\_\_\_ F.nr: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Kommune \_\_\_\_\_

**Beskriv brukers diagnose, funksjonsnivå og progresjon.****Hvor og hvordan skal ståstativet benyttes (aktivitet, tid...)****Krav til ståstativet – Viktige kroppsmål**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mageleie  | <input type="checkbox"/> Ryngleie    |
| <input type="checkbox"/> Delt fotplate                                     | <input type="checkbox"/> Bord        |
| <input type="checkbox"/> Sidestøtter                                       | <input type="checkbox"/> Hoftestøtte |
| <input type="checkbox"/> Annet, eks spesialtilpasning, beskriv på baksida. |                                      |



A – Skrittlengde: \_\_\_\_\_ cm

B – Fot/armhule \_\_\_\_\_ cm

C – Høyde: \_\_\_\_\_ cm

Brukers vekt: \_\_\_\_\_ kg

**Forslag til type ståstativ****Spesielle behov (f. eks. drivhjul, hodestøtte)**