

## Hjälpmedelsärende utanför baslista och vid dubbelutrustning

Ärendet har diskuterats i arbetsgruppen

Ja

Nej

Situation\*

Vilka hjälpmedel på baslistan har provats\* (behöver ej fyllas i vid dubbelutrustning)

Vilka funktioner saknas på de hjälpmedel som provats\* (behöver ej fyllas i vid dubbelutrustning)

Beskrivning av patientens aktivitets- och delaktighetsvinster vid ev. förskrivning\*

Leverantör och benämning på det som vill ordineras\*

Kostnad\*

Beslut med motivering

Underskrift MAS

Beslutsdatum

\*Ifylles av ordinator innan blanketten överlämnas till MAS