

## Frågor inför förskrivning av Eldriven rullstol

### Din hälsa

- Vilka sjukdomar/funktionshinder har du som innebär begränsningar i din vardag?
- Hur är ditt hälsotillstånd (syn, epilepsi/kramper, alkoholvanor, vikt med mera)?

### Förflyttning, omgivning/miljö

- Hur tar du dig fram inomhus respektive utomhus?  
Använder du några hjälpmedel i dag?
- I vilka situationer har du tänkt använda elrullstol? Hur ser ditt behov ut?  
Hur ofta tror du att du kommer att använda en eventuell elrullstol?
- Hur gör du nu i dessa situationer?
- Vilka hjälpmedel eller andra lösningar har du provat tidigare?
- Tänk över hur inomhusmiljön ser ut, om du tänker använda elrullstol inomhus (till exempel möblering, trösklar, trappor, ramper och hiss).
- Tänk över hur utomhusmiljön ser ut, om du tänker använda elrullstol utomhus (till exempel gräs, grus, asfalt, trottoarkanter, kuperad miljö, trappor, ramper, och hiss).
- Finns det något lättillgängligt utrymme som är låsbart och frostfritt (minst +5 grader) för förvaring och laddning av en eventuell elrullstol?  
Utrymmet ska inte vara tillgängligt för andra.

### Övrigt

- Har du färdtjänst? Har du egen bil?
- Har du idag hjälpmedel som du inte kommer att behöva, om du får låna elrullstol?
- Vilken är din sociala situation (civilstånd, arbete, personlig assistans, hemvård med mera)?

## Vem är berättigad till eldriven rullstol?

### Kriterier vuxna

Kan förskrivas till person som har (samtliga kriterier ska uppfyllas):

- bestående funktionsvariation
- så gott som obefintlig gångförmåga, max 50 m
- kontinuerligt behov, flera gånger i veckan året runt
- behov för att klara de nödvändiga dagliga aktiviteterna
- förmågan att framföra den eldrivna rullstolen på ett säkert sätt

### Kriterier barn/ungdom

Kan förskrivas till person som har (samtliga kriterier ska uppfyllas):

- bestående funktionsvariation
- har behov av självständig förflyttning som inte kan möjliggöras med andra hjälpmedel och/eller behov av att hushålla med energi för att aktivt orka delta i aktivitet
- kontinuerligt behov, flera gånger i veckan året runt
- intresse av viljemässig förflyttning/körning
- förmågan att kunna stanna elrullstolen på kommando
- förmåga till eget säkerhetstänk utifrån ålder och mognad

Eldriven rullstol ska ersätta gångförmågan, inte bil, buss, cykel eller färdtjänst. Brukaren ska inte ha pågående alkohol- och/eller drogmissbruk eller okontrollerbar epilepsi.



## Frågor inför förskrivning av Eldriven rullstol

(Framtagen av Eskilstuna Kommun)

Vad har du för funktionsnedsättning?   	Är din funktionsnedsättning bestående? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Hur ofta tror du att du kommer att använda en eldriven rullstol? <input type="checkbox"/> Dagligen <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> En gång i månaden Kommentar: _____	Var tänker du använda den eldrivna rullstolen? <input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus <input type="checkbox"/> Inomhus och utomhus

Hur tar du dig fram inomhus idag? <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp/krycka <input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel Annat: _____ _____	Hur långt tar du dig inomhus med och/eller utan hjälpmedel självständigt? <input type="checkbox"/> 0-25 m <input type="checkbox"/> 25-50 m <input type="checkbox"/> 50-100 m <input type="checkbox"/> 100 m eller mer Kommentar: _____
---	---

Hur tar du dig fram utomhus idag? <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp/krycka <input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel Annat: _____ _____	Hur långt tar du dig utomhus med/utan hjälpmedel självständig? <input type="checkbox"/> 0-25 m <input type="checkbox"/> 25-50 m <input type="checkbox"/> 50-100 m <input type="checkbox"/> 100 m eller mer Kommentar: _____ _____
---	---

**I vilka aktiviteter har du tänkt använda den eldrivna rullstolen?**

---

---

---

**Hur gör du nu i dessa aktiviteter?**

---

---

---

**Vilka hjälpmedel eller andra lösningar har du provat?**

---

---

---

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sänd formuläret ifyllt till:

Namn: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_