



**Checklista för förskrivaren:  
Tyngdväst  
Tyngdfilt**

**HMC/Team Kosmos  
Fraktgatan 5  
633 46 Eskilstuna**

Personnummer

Namn

Datum

Beskriv orsaken/orsakerna till utprovning av tyngdväst/tyngdfilt

Koncentrationssvårigheter

Perceptuella störningar

Motorisk oro

Nedsatt rums- och kroppsuppfattning

Emotionella störningar

Tyngdväst

Tyngdfilt

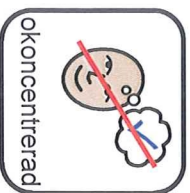
Annat:

Har brukaren aktivitetsbegränsning till följd av ovanstående orsaker?

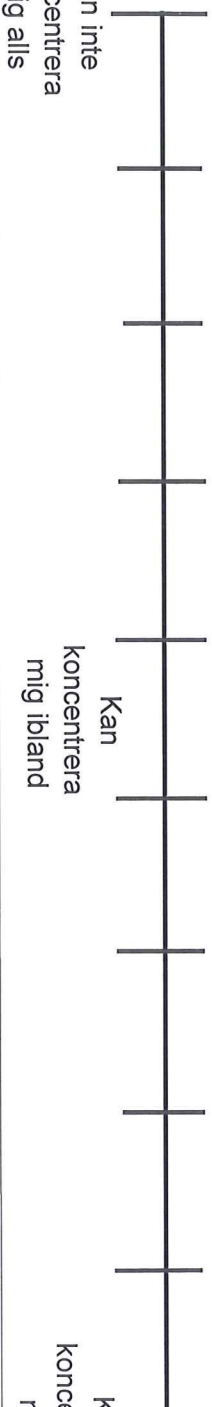
Fyll i blanketten "Skattning av hur det fungerar i vardagen - tyngdväst/tyngdfilt"

Övriga kommentarer

# Skattning av hur det fungerar i vardagen tyngdväst/tyngdfilt

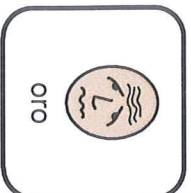
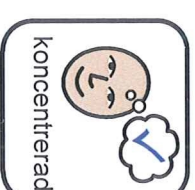
☐ Innan utprovning av tyngdväst/tyngdfilt☐ Efter 1 månad med tyngdväst/tyngdfilt☐ Efter 6 månader med tyngdväst/tyngdfilt

Kan inte  
koncentrera  
mig alls

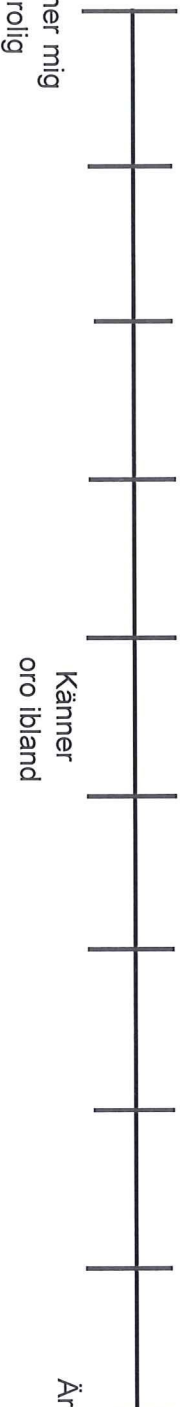


Kan  
koncentrera  
mig ibland

Kan  
koncentrera  
mig

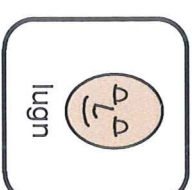


Känner mig  
oroig

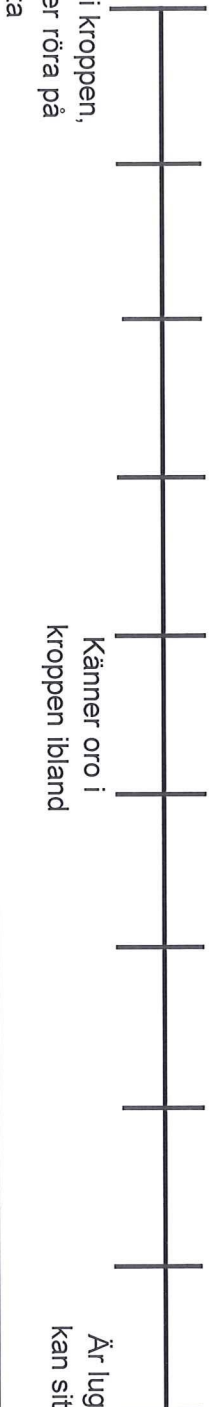


Känner  
oro ibland

Är lugn

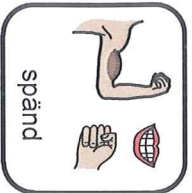


Orolig i kroppen,  
behöver röra på  
mig ofta



Känner oro i  
kroppen ibland

Är lugn och  
kan sitta stilla

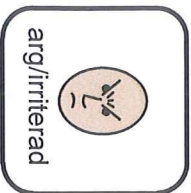
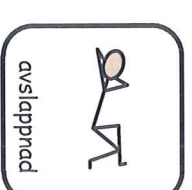


Är spänd

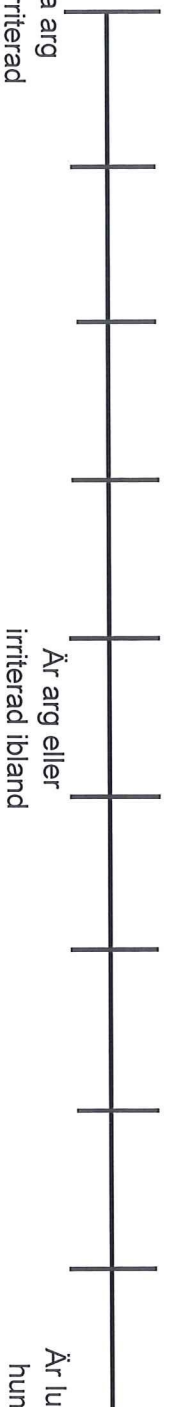


Varken spänd  
eller avslappnad

Är avslappnad



Är ofta arg  
eller irriterad



Är arg eller  
irriterad ibland

Är lugn till  
humöret

