|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Boendes namn: | Avdelning | Kontaktman:  |
| Lgh nr: |  | REHAB-personal:  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hjälpmedel | In /utsatt | jan  | feb | mars | april  | maj | juni  | juli | aug | sep | okt | nov | dec |
| En bild som visar möbler, säte, himmel, vägg  Automatiskt genererad beskrivning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| En bild som visar cykel  Automatiskt genererad beskrivning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| En bild som visar utrustning, symaskin  Automatiskt genererad beskrivning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| En bild som visar möbler, stol, säte  Automatiskt genererad beskrivning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| C:\Users\ylvjon\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\D8B173.tmp |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| C:\Users\ylvjon\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\78858D4B.tmp |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Övrigt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Övrigt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**Instruktion:**

* Varje månad ska kontaktperson funktionskontrollera och rengöraden boendes hjälpmedel.
* Följ funktionskontrollslistan (finns i SoL-pärm) för varje hjälpmedel som den boende har. Signera för varje hjälpmedel när du har gjort kontrollen. Signera med initial och datum
* Vid fel på ett hjälpmedel rapporteras detta till REHAB-personal omgående och du skriver en åtgärds kommentarer.
* Skriv också en avvikelse när det finns risk för personskada. Vid mindre/enklare åtgärd behövs inte en avvikelse. Fråga REHAB-personal om du känner dig osäker.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Åtgärdskommentarer** |  |  |  |  |
| **Omvårdnadspersonal**Rapportering till REHAB vid upptäckt av fel på hjälpmedel |  |  | **REHAB** Åtgärdat av REHAB -personal |  |
| Typ av problem/avvikelse rapporterad till REHAB-personal  | Datum | signatur | Datum  | signatur |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |