

Patienten har en smitta

Ja

Nej

Utprovning/förskrivning tillstyrkt av verksamhetsansvarig

Mål och syfte med utprovning

Förskrivarens

Patientens

Beskriv patientens funktionsnedsättning/ aktivitetsnedsättning

Frågeställning

Nuvarande hjälpmedel (skriv även vad som provats tidigare)

