**Center for Sundhed og Ældre, Team Afklaring og Rehabilitering**

**ERKLÆRING OM PROTESEEGNETHED FOR ANSØGNING OM ARM- OG BENPROTESER EFTER SERVICELOVENS § 112 STK. 1,2,3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** | **Cpr:** |
| **Adresse:** | **Tlf:** |
| **Postnr./By:** |  |

|  |
| --- |
| **På hvilket sygehus er amputationen foretaget:****Dato for amputation:****Årsag til amputation:****Type af amputation:*** Femur
* Knæex
* Crus
* Andet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Højre: \_\_\_ Venstre: \_\_\_**Er der nogle kendte forhold, der kan vanskeliggøre proteseforsyning:** |

|  |
| --- |
| **Proteseegnetheden er vurderet af:*** Læge
* Fysioterapeut
* Ergoterapeut
* Bandagist

**Dato for egnethedsvurderingen:** |

|  |
| --- |
| **Er borger proteseegnet:*** Ja
* Måske
* Nej
 |

|  |
| --- |
| **Har borger fået udleveret liner?*** Ja
* Nej

**Ved ja, hvor lang tid har borger liner på ad gangen?****Ved nej, hvorfor er der ikke udleveret liner?** |

|  |
| --- |
| **Kort beskrivelse af genoptræningsforløbet:** |

|  |
| --- |
| **Beskrivelse af borgers målsætning for aktiviteter i dagligdagen med brug af protese:** |

|  |
| --- |
| **Er borger i job:*** Ja, hvilken type job og hvor mange timer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nej, Er borger tilknytter Center for arbejdsmarked? Ja: \_\_\_ Nej: \_\_\_
 |

|  |
| --- |
| **Hvilket aktivitetsniveau har borger i det daglige i forhold til almindelig og generel færden:*** **Niveau 1** *(Evne/potentiale til at bruge protesen til forflytning og langsom gang på plant underlag, med brug af hjælpemidler, begrænset strækning)*
* **Niveau 2** *(Evne/potentiale til at gå med lav hastighed men dog varierende, begrænset udendørsbrug, simple forhindringer såsom kantsten, enkelte trappetrin og ujævnt underlag og over begrænsede afstande. Går selvsikkert inden- og udenfor)*
* **Niveau 3** *(Evne/potentiale til at kunne gå hurtigt med varierende hastighed/jogge. Udendørs brug uden begrænsninger, kan bevæge sig frit iterræn og klare de fleste forhindringer. Ingen begrænsninger mht. strækning og gangtid)*
* **Niveau 4** *(Udendørs brug med høje krav og ingen begrænsninger, løb (elitesportsudøvere))*

**Eventuelt terapeutens kommentarer til aktivitetsniveauet:** |

|  |
| --- |
| **Supplerende oplysninger:** |

|  |
| --- |
| **Ansøgers underskrift:**Dato: Navn:**Indstillers underskrift:**Dato: Navn/stilling: |