

Kognitivt stöd/tidsproblematik checklista	
Förskrivare	Brukare
Namn	Namn
Arbetsställe	Persnr
Tel	Tel
Datum	Kontaktpers/tel
Tänkt användningsområde	

- ◆ Beskriv vad som är problem i vardagen:

- ◆ Vad är målsättningen/önskemålet från brukare/anhörig/personal?

- ◆ Var är det tänkt att hjälpmedlet ska användas?
Ska detta följa personen över dygnet, enbart användas i hemmet/arbetet/skolan?

- ◆ Hur gör brukaren idag? Hur fungerar vardagen utan hjälpmedel/anpassad metodik?
Beskriv en vanlig dag:

- ◆ Vilken förändring hoppas man att hjälpmedlet/metodiken ska åstadkomma?

Motorisk förmåga

- ◆ Beskriv brukarens fysiska förmåga t ex greppförmåga och finmotorik:

Hörselförmåga

- ◆ Förstår brukaren vad han/hon hör? Beskriv:

Synförmåga

- ◆ Förstår brukaren vad han/hon ser? Beskriv:

Kognitiv förmåga

- ◆ Beskriv minne:

- ◆ Beskriv koncentration:

- ◆ Beskriv uppmärksamhet:
- ◆ Beskriv initiativförmåga:
- ◆ Beskriv förmågan att planera/organisera:

Kommunikationsförmåga

- ◆ Förmåga att skriva och läsa:
- ◆ Förmåga att tolka bilder:
- ◆ Förmåga att kombinera bild och text. Behövs både bild och text?

Provade alternativ/befintliga hjälpmedel

- ◆ Vilka andra hjälpmedel/metoder är provade?

- ◆ Beskriv övriga hjälpinsatser av betydelse, t ex assistent, personligt ombud, anhörig:

Inlärnin g av metod och produkt

- ◆ Vem ansvarar för inträning?
- ◆ Vem ansvarar för uppföljning?
- ◆ Vilka personer är viktiga i brukarens nätverk?
- ◆ Övrigt: