Utvärdering Ögonstyrningsdator

**Instruktioner**

Utvärderingen ska fyllas i av förskrivare och patient gemensamt inom två månader efter leverans.

Utvärderingarna kommer inte att betraktas som journalhandling hos KommSyn Stockholm.

Utvärderingen skickas till:

Logoped, KommSyn Stockholm  
Box 139  
125 23 Älvsjö

epostas till [**HjmSkommsynkonsulent.slso@sll.se**](mailto:HjmSkommsynkonsulent.slso@sll.se)

**Beställningens Referensnummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Till förskrivaren**

**På vems initiativ förskrevs hjälpmedlet?**  Förskrivarens  Patientens

**Hur har inträningen av hjälpmedlet gått till?**

**Ungefär hur många timmar har inträningen av hjälpmedlet tagit hittills?**

**Om det varit problem, vad har det varit?**

Ögonsyrning, kalibrering  Montering, placering

Kommunikationskartor  Annat? Beskriv gärna i ord!      

**Vilka åtgärder kommer din uppföljning leda till?** Behövs inga  Mer inträning  Nya anpassningar av hjälpmedlet  
 Ny uppföljning om  Annat hjälpmedel  Tillbakatagande av hjälpmedlet   
 Ny kontakt med KommSyn Stockholm

**Anser du som förskrivare att hjälpmedlet är till hjälp för patienten?**   
 Ja  Nej

**Egna synpunkter:**

**Till patienten**

**Visste du något om ögonstyrd dator innan den förskrevs?**  Ja  Nej

**Hur** **säker är du på att använda hjälpmedlet**

(Sätt ett kryss på den prickade linjen, där du tycker att det passar.)

10 Mycket säker

Inte alls 1

**Hur ofta används hjälpmedlet?**

(Sätt ett kryss på den prickade linjen, där du tycker att det passar.)

10 Mycket ofta

Inte alls 1

**Till vilka funktioner används hjälpmedlet?**  
 Samtala  Eposta  
 Internet  Som till exempel fjärrkontroll till TV eller tända/släcka lampor   
 Annat?

**Hur stor effekt har hjälpmedlet haft i dessa situationer?**

(Sätt ett kryss på den prickade linjen, där du tycker att det passar.)

10 Mycket stor effekt

Ingen 1

**Är det någon skillnad idag i dessa situationer om du jämför med innan du började använda ditt hjälpmedel?**

(Sätt ett kryss på den prickade linjen, där du tycker att det passar.)

10 Mycket stor skillnad

Ingen 1

**På vilket sätt har dessa situationer förändrats, vad tycker du?**

**I vilken grad skulle det påverka dig om du inte fick använda dig av hjälpmedlet?**

(Sätt ett kryss på den prickade linjen, där du tycker att det passar.)

10 I mycket hög grad

Inte alls 1

**Egna synpunkter:**

Tack för din medverkan!