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**

 **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!