Checklista vid hembesök

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn |  | Datum |
| Personnr |  |  |
| Problem |  | Arbetsterapeut |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Utemiljö:**Trappor/hiss, |  |
| antal steg,ledstång |  |
|  |  |
|  |  |
| **Dörrbredder:**Ute, inne |  |
|  |  |
| **Antal rum, våningar,** |  |
| **Trösklar:** |  |
|  |  |
| **Hygienutrymme:**Dusch, toastol |  |
| handtag, plats för hjälpmedel |  |
|  |  |
|  |  |
| **Sovrum:** Sänghöjd, ben. |  |
| möblering, plats för hjälpmedel  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Kök:** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Övrigt:** |  |
|  |  |