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:** |  | | | |
|  |  | | | |