

TLS-BasicADL

Namn: _____

FÖRE

NU

Antal
pers

Hjälpmedel

MÅL

<input type="radio"/> _____	LIGGANDE - SITT	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	SITT - LIGGANDE	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	SITT - STÅ	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	STOL -SÄNG- STOL	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	GÅNG/RULLSTOL INNE	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____

<input type="radio"/> _____	ÖVRE HYGIEN	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	NEDRE HYGIEN	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	DUSCH	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	AV/PÅKLÄD ÖVRE	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	AV/PÅKLÄD NEDRE	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	TOALETTBESÖK	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	FÖDOINTAG	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____

<input type="radio"/> _____	TRAPPGÅNG	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	GÅNG/RULLSTOL UTE	<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____

FYSIOTERAPEUT:

ARBETSTERAPEUT:

**Senaste
bedömning**