

Beställare _____ Personnr _____

Namn _____

Syfte/målsättning med ståstödet

Typ av ståstöd som önskas/Syfte med ståstödet

Miljö där ståstödet ska användas

Diagnos/Funktionshinder

Problem/Restriktioner

Nuvarande stående

Förflyttning

Benfunktion/Ledrörlighet höft-, knä- och fotleder

Bålstabilitet/Huvudkontroll

Övrigt, t ex korsett, fotskenor, ståskal

Längd (cm)

Vikt (kg)
