

Bedömningsunderlag; Behov av spisvakt?

Bakgrundsfakta;

ADL bedömning, intervju och observation i aktivitet. Ex. Tillagning av lätt måltid på spis.

Tidigare vanor och roller?

Värdering av matlagning som aktivitet; är det betydelsefullt?

Intervju/ samtal med närstående och eller kontaktperson.

	Dagligen?	Ibland?	Aldrig?
Lagas mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värmes mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokas kaffe/te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Görs ovanstående ensam eller tillsammans med andra? Iså fall vem?

Finns timer, äggklocka, vattenkokare, kaffebryggare, mikrovågsugn eller brandvarnare?

Vilken typ av spis? El/gas/ induktion?

Problem/ aktivitetshinder;

Allvarlig glömska? Synnedsättning? Annat?

Har det hänt någon olycka/tillbud? Hur ofta? Vad hände?

Förslag till lösning/ åtgärd;

Installation av spisvakt?

Annat?

Om spisvakt;

Tidskontroll, antal minuter:..... (5-120 min)

Tidskontroll spis	av <input type="checkbox"/>	på <input checked="" type="checkbox"/>
Indikeringsljud	av <input type="checkbox"/>	på <input type="checkbox"/>
Barnlås/spislås	av <input checked="" type="checkbox"/>	på <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Markerad ruta=vanligaste åtgärden
Vald åtgärd kryssas!

Uppföljning;

Vem har ansvar för inträning/ uppföljning?

Vem ansvarar vid felsökning/ åtgärddar fel?

Bostadsanpassning

Intyg ang behov av bostadsanpassningsåtgärd skrivs då behovet är bedömt.

Bifoga en ifylld blankett; spisvaktsinstallation

120628