



ReTurn7500/ReTurn7400

SystemRoMedic™

Utprovningsprotokoll

Vårdtagarens namn: _____

Personnummer: _____



Syfte med hjälpmedlet:

Tex. överflyttningar, träna benstyrkan, axelrörlighet, ståbalans, andringsövningar...

Vid vilka tillfällen ska vårdtagaren använda ReTurn?

Ståträning:

Hur länge, hur ofta? _____

- Förflyttning säng – rullstol
- Förflyttning rullstol - toalett
- Förflyttning säng – toalett
- Förflyttning längre bak i stol

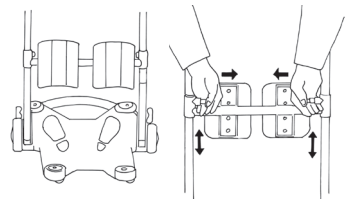
Dessa tillbehör används:

- ReTurnBelt xx-small
- ReTurnBelt large
- ReTurnBelt x-small
- ReTurnBelt x-large
- ReTurnBelt small
- Polstring till underbensstöd
- ReTurnBelt medium
- Hälband/CalfStrap



Förberedelser och inställning:

Tex. placering av fötterna och justering av underbensstöd...



Instruktioner för användning

Vårdtagarens namn: _____

Personnummer: _____

Har den personal som använder hjälpmedlet:

Läst bruksanvisningen:

Ja Nej

Fått praktisk instruktion i förflyttning av vårdtagaren:

Ja Nej

Instruktioner till personalen:

Tex. Håll alltid foten på bottenplattan när vårdtagaren reser och sätter sig

Antal medhjälpare: _____

Instruktioner till vårdtagaren:

Tex. På vilket sätt kan vårdtagaren vara aktiv? Vilka instruktioner används? Placering av fötter? Placering av händer?

Utprovad av arbetsterapeut / sjukgymnast:

Datum: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Vid förändringar eller frågor kontakta utprovaren!

Manualer och instruktioner om funktionstest finns på Handicares hemsida www.handicare.com

Handicare AB
Veddestav. 15, Box 640
SE-175 27 Järfälla
SWEDEN

Tel: +46 (0)8-557 62 200
Fax: +46 (0)8-557 62 299
E-mail: info@handicare.se

Internet: www.handicare.com

