

## Ansøgning om sansestimulerende produkt

### Spørgsmål til hjælp ved afklaring af behov for sansestimulerende hjælpemiddel

(uro, angst, mangel på søvn, koncentration,  
kropsbevidsthed, motorisk uro, rumretningsforstyrrelser  
etc.)

Udfyldt af:      Borgeren selv  Pårørende  Personale

Borgerens navn: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Højde og vægt: \_\_\_\_\_

**Medicinsk behandling mod søvnproblemer og andre behandlingsmuligheder skal være udtømte, før der kan søges om et sansestimulerende hjælpemiddel jf. Servicelovens §§ 112, 113b og 115.**

#### Medicinsk behandling:

	Hvornår er det påbegyndt?	Hvordan er virkningen?
Hvilke typer medicin?		
Hvilke typer sovemedicin?		

#### Lægefaglig/terapeutfaglig udtalelse:

Er der lægefaglige eller terapeutfaglige oplysninger om funktionsnedsættelser i forhold til behovet for et sansestimulerende hjælpemiddel, kan disse vedlægges. Dette kan nedbringe sagsbehandlingstiden.

Jeg giver samtykke til, at Visitation & Understøttelse til brug for behandlingen af denne ansøgning kan indhente / videregive oplysninger fra læge og sygehuse:  **ja**  **nej**

**Alle relevante ift. ansøgning udfyldes**

1. Hvilket sansestimulerende produkt ansøges der om?	
--	--

2. Er der tidligere afprøvet sansestimulerende produkt?	Ja	
	Nej	

	Ja, hvilken type og vægtklasse?  HMI-nummer: Varenummer:
--	---

3. Hvad skal det sansestimulerende produkt afhjælpe? (fx. motorisk uro, psykisk uro, smerter, koncentration/opmærksomhed, sociale problemer, angst, selvskadende adfærd, ufrivillige bevægelser)	
--	--

4. Hvad er der gjort for at afhjælpe problematikken?  (Ændret døgnrytme, mindre tv før sengetid, flere fysiske aktiviteter i løbet af dagen, stille aktiviteter før sengetid, sovet med 2 dyner ovenpå hinanden – afprøvet 2 dyner, ingen sukker inden sengetid, mindre udskiftning af personale, ro i fx. Badesituation, spisesituation)	
---	--

5. Mål med produktet  Hvad er målet med produktet? (fx være i stand til at kunne klare skolegang/undervisning – daglige aktiviteter i hjemmet, afhjælpe udad reagerende adfærd, mindske konflikter)	
--	--

6. Føler du dig udhvilet om morgenen?	Ja	
	Nej	
7. Føler du uro eller andre symptomer i løbet af dagen?	Ja, hvilke? (fx. motorisk uro, psykisk uro, smerter, koncentration/opmærksomhed, sociale problemer, angst, selvskadende adfærd, ufrivillige bevægelser)	
	Nej	
8. Hvad kan udløse din uro eller de andre symptomer?		
9. Hvad giver ro?		
10. Personalets/pårørendes oplevelse af, hvilke situationer, der påvirker uro eller andre symptomer.		

11. Hvornår går du i seng?  Hvornår står du op?	Klokken _____ om aftenen	
	Klokken _____ om morgenen	
12. Hvor lang tid tager det for dig at falde i søvn? (sæt kryds)	Under 30 min	
	30 – 60 min	
	1 – 2 timer	
	Over 2 timer	
13. Hvordan er tiden fra du lægger dig til at sove til du sover?  (Vender og drejer dig, spekulerer, kalder, græder, er urolig, angst, står op, ser tv eller lign.)		
14. Personalets/pårørendes oplevelse af tiden fra du lægger dig til at sove, til du sover?		

15. Vågner du indimellem om natten?	Ja, hvorfor?	
	Nej	
Hvis ja, hvor ofte pr. nat?	0 - 2 gange	
	3 - 5 gange	
	Over 5 gange	
Hvor længe af gangen?	Under 30 min	
	30 - 60 min	
	1 -2 timer	
	Over 2 timer	
16. Hvordan er tiden fra du vågner, til du lægger dig til igen?  (Vender og drejer dig, kalder, græder, er urolig, angst, står op, ser tv, kontakt til forældre eller lign.)		
17. Personalets/pårørendes oplevelse af nattens forløb		
18. Eventuelle bemærkninger der er aktuelle for ansøgningen		

Dato:	<b>Kontaktoplysninger</b> Navn: Mobilnr.:  Udfyldt af:  Hvem skal kontaktes i forbindelse med afprøvning?
-------	---