



**HMC/Team Kosmos
Fraktgatan 5
633 46 Eskilstuna**

**Checklista för förskrivaren:
Tyngdväst
Tyngdfilt**

Personnummer

Namn

Datum

Beskriv orsaken/orsakerna till utprovning av tyngdväst/tyngdfilt

Koncentrationssvårigheter

Perceptuella störningar

Motorisk oro

Nedsatt rums- och kroppsuppfattning

Emotionella störningar

Tyngdväst

Tyngdfilt

Annat:

Har brukaren aktivitetsbegränsning till följd av ovanstående orsaker?

Fyll i blanketten "Skattning av hur det fungerar i vardagen - tyngdväst/tyngdfilt"

Övriga kommentarer

Skattning av hur det fungerar i vardagen tyngdväst/tyngdfilt

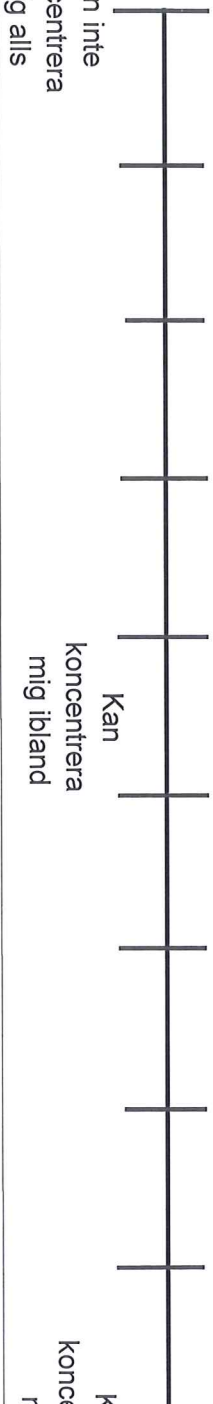
Innan utprovning av tyngdväst/tyngdfilt

Efter 1 månad med tyngdväst/tyngdfilt

Efter 6 månader med tyngdväst/tyngdfilt

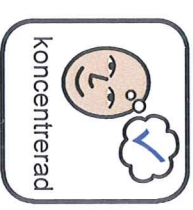


okoncentrerad
Kan inte
koncentrera
mig alls

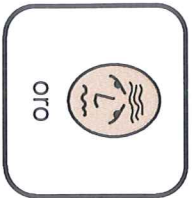


Kan
koncentrera
mig ibland

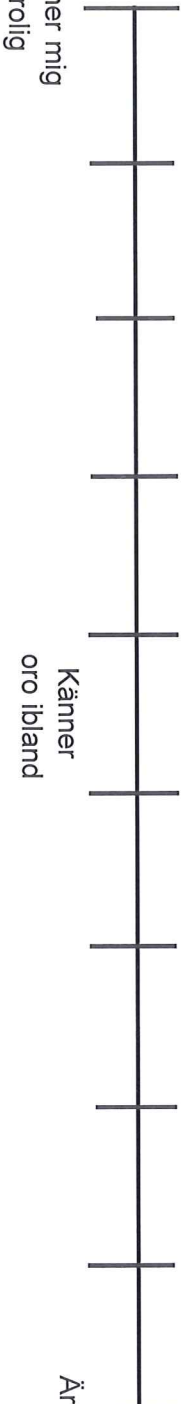
Kan
koncentrera
mig



koncentrerad

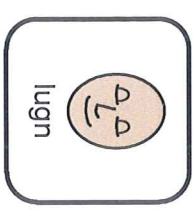


oro
Känner mig
oroilig

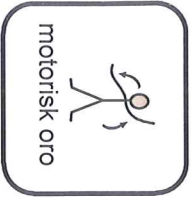


Känner
oro ibland

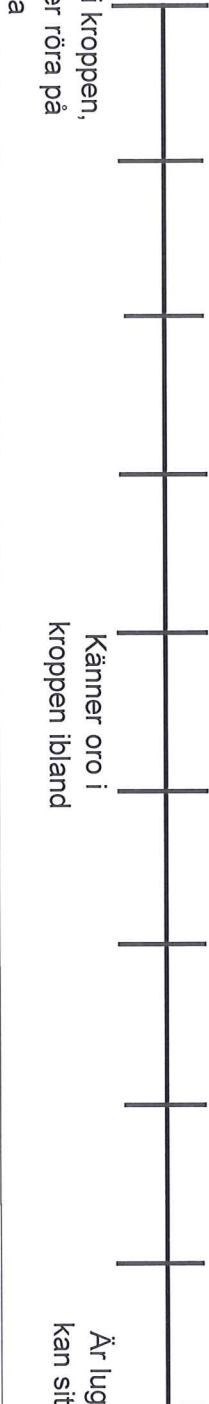
Är lugn



lugn



motorisk oro
Orolig i kroppen,
behöver röra på
mig ofta

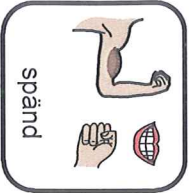


Känner oro i
kroppen ibland

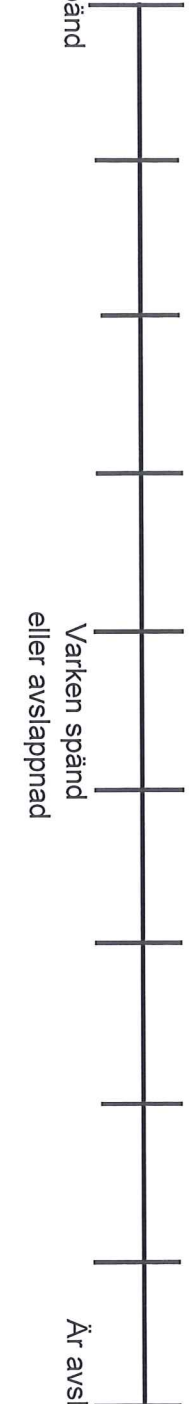
Är lugn och
kan sitta stilla



lugn

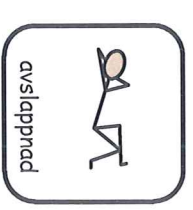


spänd
Är spänd

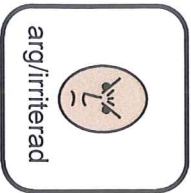


Varken spänd
eller avslappnad

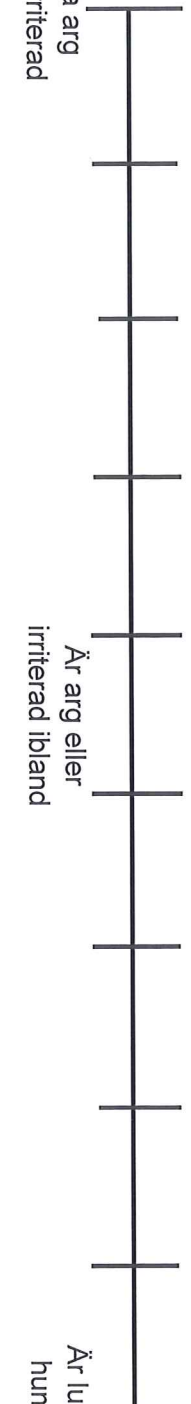
Är avslappnad



avslappnad



arg/irriterad
Är ofta arg
eller irriterad



Är arg eller
irriterad ibland

Är lugn till
humöret



lugn