

MÅLESKJEMA - HIBBOT

Made for Movement konsulent: _____

BRUKER

Navn på bruker	
Navn på foreldre	
Adresse Postnummer/By	
Telefon	
Epost	
Fødselsdato	
Diagnose	
GMFCS nivå	

TERAPEUT

Primær fysioterapeut	
Adresse Postnummer/By	
Telefon	
Epost	

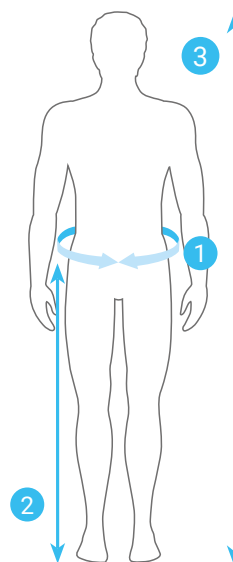
INSTITUSJON

Barnehage/skole/ annet	
Adresse Postnummer/By	
Telefon	

MÅL

DATO MÅLT

1	Mål 1 Omkrets hofter, på det bredeste punktet		cm
2	Mål 2 Lengde fra spina iliaca anterior superior (SIAS) til gulvet		cm
3	Mål 3 Total høyde på brukeren		cm

 kg

Øvrig informasjon