

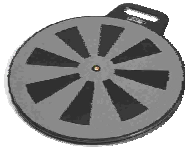
Namn: _____ Pers nr: _____

Förskrivare: _____ Datum: _____

Manuella förflyttningar



Glidmatta



Vridplatta



Glidbräda



Turner



Vendelalyft



FlexiMove



Vårdarbälte

Beskrivning av förflyttningen:
