



Blankett för förskrivning och uttag av inkontinens

Datum:

*** FÖRSKRIVARE / BESTÄLLARE**

*** PATIENT**

Kombikod	Enhet	Personnummer
Namn		Namn
Yrkeskategori	Telefon (gärna mobilnummer)	Kontaktperson
E-post	Kontaktperson telefon	

*** ANLEDNING TILL ATT BESTÄLLNINGEN INTE GÖRS I BESTÄLLNINGSPORTALEN**

- Skyddad identitet Tillståndslös / papperslös patient Kvotflyktning som ännu ej fått personnr
 Patient som omfattas av konventioner, överenskommelser eller är berättigad till vårdförmåner i Sverige enl Turisthandboken Tekniska problem Beställningsportalen
 Övrigt:

*** ÖNSKAD ÅTGÄRD**

<input type="checkbox"/> Förskrivning och uttag	Betalningssätt <input type="checkbox"/> Faktura, belopp kvar till frikort för sjukvård <input type="checkbox"/> Frikort
Faktureringskundnummer om annan kund än SLL:	

*** LEVERERAS TILL (ange adress nedan):** Patienten Förskrivaren Annan

Namn		
Leveransadress	Portkod	Leveranskommentar
Postnummer och ort	Telefon	Mobiltelefon
Leveranssätt <input type="checkbox"/> Leverans utanför dörr <input type="checkbox"/> Telefonavisering		

*** HJÄLPMEDEL**

Artikel	Leverantörens artikelnummer	Leverantör	Antal

* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.

FHH:s anteckning: _____

