

## Blankett för förskrivning och uttag av kompression

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     
  Kvotflykt 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"/> Kompression 300kr per 6 månader <input type="checkbox"/> Specialbandage 300kr per 3 månader
Faktureringskundnummer om annan kund än SLL:	

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

Namn		
Leveransadress	Portkod	Leveranskommentar
Postnummer och ort	Telefon	Mobiltelefon

**\* HJÄLPMEDEL**

Artikel	Leverantörens artikelnummer	Leverantör	Antal

\* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.

FHH:s anteckning: \_\_\_\_\_