

Beställning av personbundet hjälpmedel

Datum:

sida 1(1)

MAH:s anteckningar.	AO:	S2:
---------------------	-----	-----

Förskrivare / Beställare *		Patient *
Kundnummer	Kombikakod	Personnummer
Verksamhetens namn		Namn
Namn	Yrkestitel	Adress (enligt folkbokföringen)
Telefon (gärna mobilnummer)		Postnummer och ort (enligt folkbokföringen)
E-post		Telefonnummer

Anledning till att beställningen inte görs i Beställningsportalen *

☐ Tekniska problem

☐ Övrigt:

Önskad åtgärd *

☐ Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:	☐ Åter lokalt hjälpmedelsförråd
☐ Förskrivning	☐ Hyra	☐ Köp
☐ Korttidsförskrivning mån. Avgift:		
Faktureringskundnummer om annat än ovan, vid hyra / köp:		

Levereras till (ange adress nedan) *

☐ Förskrivaren

☐ Patienten

☐ Annan

Patient eller Institution		
Gatuadress	Portkod	Kontaktperson
Postnummer och ort	Telefon	Mobil

Statistik *

Behovstrappa och steg	Dagliga livets aktiviteter:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4			
	Förflyttning:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Kommunikation:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
	Vård och behandling:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4			
Användningsområde	☐ Eget boende	☐ Korttidsboende		☐ Förskola				
	☐ Bostad med särskild service enligt LSS	☐ Daglig verksamhet enligt LSS		☐ Skola				
	☐ Särskilt boende för äldre	☐ Daglig verksamhet för äldre		☐ Rh-klass/särskolegrupp				

Hjälpmedel

Artikel (ange om likvärdig produkt accepteras)	Leverantörens artikelnummer*	Leverantör*	Antal

* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.