

Flytt från Stockholm

Patient

Personnummer:	Namn:
Ny adress:	
Postnummer:	Ort:
Telefonnummer (helst mobilnummer):	
Eventuell kontaktperson:	Telefonnummer till kontaktperson:
Planerat flyttdatum/folkbokföring:	

Förskrivare i Region Stockholm

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

Förskrivare i nya länet

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

Hjälpmedel som patienten önskar ta med vid flytt

Väggmonterade och/eller skrymmande hjälpmedel som exempelvis taklyft och säng får ej tas med vid flytt.

--

Hjälpmedel som återlämnas i samband med flytt

Skrymmande hjälpmedel kan hämtas av Hjälpmedel Stockholm, tfn: 08-123 476 00, menyval 1.