

BYTE AV HJÄLPMEDELSVERKSAMHET

- | |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jag vill byta till Hjälpmedel Stockholm |
| <input type="checkbox"/> Jag vill byta till Sodexo Hjälpmedelsservice |

Patient	
Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, ort
Telefonnummer	

- Jag accepterar att informationen jag lämnar kommer att sparas av respektive hjälpmedelsverksamhet.

Förskrivaren ansvarar för att kontakta nuvarande hjälpmedelsverksamhet och upplysa om vilka förskrivna hjälpmedel som fortfarande är aktuella för behovet och ska flyttas över till den nya hjälpmedelsverksamheten.

Datum

Namnteckning
För barn under 18 år undertecknas blanketten av vårdnadshavare.

Namnförtydligande

Vid byte **till** Hjälpmedel Stockholm
skickas blanketten till:

Hjälpmedel Stockholm

Att: Kundansvarig

Box 139, 125 23 Älvsjö

Alternativt till faxnummer: 08-123 498 03

Vid byte **till** Sodexo Hjälpmedelsservice
skickas blanketten till:

Sodexo Hjälpmedelsservice

Att: Sortimentsrådgivning

Rissneleden 16 B, 174 53 Sundbyberg

Alternativt till faxnummer: 08-578 852 10