

ANMÄLAN AV SKADAT, STULET ELLER BORTTAPPAT HJÄLPMEDEL

Datum:

Hjälpmålet är: ☐ Skadat ☐ Stulet ☐ Borttappat

UPPGIFTER OM HJÄLPMEDLET	
Modell	
Registreringsnummer (MAH:s)	

UPPGIFTER OM PATIENTEN	
Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon till bostad	Ev. övrigt telefonnummer

☐ Polisanmälan bifogas
☐ Diagnosrelaterad händelse?

Beskrivning:

BESKRIVNING AV HÄNDELSEFÖRLOPPET	

UPPGIFTSLÄMNARE	
Namn	Telefon
☐ Förskrivare ☐ Patient ☐ Anhörig ☐ Övrig, ange vad:	

MAH:S ANTECKNINGAR:		
Handläggare:		
Anteckning S2:	Aktivitetstyp:	
Restvärde:	Inköpsvärde:	
Åtgärd:	kassation ☐	reparation ☐ utredning ☐
Reservdelskostnad:		
Faktureras HSF ☐	Ärendet avslutat ☐	Datum: