

Beställning av personbundet hjälpmedel för utomlänspatienter

Datum:

sida 1(1)

Hjälpmedel Stockholms anteckningar STHLMUTOMLÄN	Betalare:	AO:	S2:
--	-----------	-----	-----

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

Önskad åtgärd *

☐ Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:		
☐ Förskrivning	☐ Hyra	☐ Köp	☐ Korttidsförskrivning mån. (max 6 månader)

Levereras till (ange adress nedan) *

Patient eller Institution			
Gatuadress	Portkod	Kontaktperson	
Postnummer och ort	Telefon	Mobil	

Statistik *

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.