

Beställning av personbundet hjälpmedel för utomlänspatienter

Datum:

sida 1(1)

Hjälpmedel Stockholms ant. STHLMUTOMLÄN	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*

<input type="checkbox"/> Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:		
<input type="checkbox"/> Förskrivning	<input type="checkbox"/> Hyra	<input type="checkbox"/> Köp	<input type="checkbox"/> Korttidsförskrivning mån. (max 6 månader)

Levereras till (ange adress nedan)*

Patient eller Institution			
Gatuadress	Portkod	Kontaktperson	
Postnummer och ort		Telefonnummer	Mobilnummer

Statistik*

Användningsområde	<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Förskola
	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service enligt LSS	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS	<input type="checkbox"/> Skola
	<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för äldre	<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp

Hjälpmedel

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

* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.