

Beställning av personbundet hjälpmedel

sida 1(1)

Hjälpmedelsverksamheternas anteckningar	AO:	S2:
---	-----	-----

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

Anledning till att beställningen inte görs i Beställningsportalen*

- Tekniska problem
 Övrigt:

Önskad åtgärd*

<input type="checkbox"/> Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:	<input type="checkbox"/> Åter lokalt hjälpmedelsförråd
<input type="checkbox"/> Förskrivning	<input type="checkbox"/> Hyra	<input type="checkbox"/> Köp
		<input type="checkbox"/> Korttidsförskrivning mån. Avgift:
Faktureringskundnummer om annat än ovan, vid hyra / köp:		

Levereras till (ange adress nedan)*

 Förskrivaren Patienten Annan

Patient eller Institution			
Gatuadress	Portkod	Kontaktperson	
Postnummer och ort	Telefon	Mobil	

Statistik*

Behovstrappa och steg	Dagliga livets aktiviteter: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	Förflyttning: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		
	Kommunikation: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
	Vård och behandling: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
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.