

Blankett för förskrivning och uttag till patienter med skyddad id, skyddsgrad B

Datum:

Förskrivare / Beställare

Enhetens HSAID	Enhet
Namn	
Yrkeskategori	Telefon (direktnummer)
E-post	

FHH ringer upp dig som förskrivare för komplettering av patient- och leveransuppgifter.

(Kommer vi inte i kontakt med dig inom 24 timmar sker ingen beställning och du behöver inkomma med **ny blankett i ett nytt mejl.**) **Leverans kan endast ske till mottagningen.**

- Kodnummer/Reservnummer
- För- och efternamn på patient
- För- och efternamn på leveransmottagare
- Gatuadress
- Postadress
- Leveranssätt
- Eventuell portkod och leveranskommentar

Anledning till att beställning inte görs i Hjälpmiddelsportalen.

Skyddsgrad B: _____

Annan anledning: _____

Hjälpmedel

Artikel	Leverantörens artikel nr *	Leverantör	Antal

*Vid nutrition. Om produkter med smaker, skriv smaken i stället för artikelnummer

Fakturering

<input type="checkbox"/> Kosttillägg 300 kr per påbörjad kalendermånad	<input type="checkbox"/> Helnäring 1700 kr per påbörjad kalendermånad
<input type="checkbox"/> Halvnäring 850 kr per påbörjad kalendermånad	<input type="checkbox"/> Barnnutrition 120 kr för 3 månader
<input type="checkbox"/> Inkontinensprodukter 275 kr 12 mån period	<input type="checkbox"/> Förband och sjukvårdsartiklar 200 kr för 3 månader
<input type="checkbox"/> Kompression 300 kr för 6 månader	<input type="checkbox"/> Specialbandage 300 kr för 3 månader
Faktureringskundnummer, ifylles om patienten är folkbokförd i annat län än Region Stockholm:	

FHH:s anteckning:

Personnummer/dossiernummer/reservnummer/kodnr	Patientens namn
Mottagaren namn	
Leveransadress	Portkod
Postnummer och ort	Telefonnummer till mottagaren
Leveranssätt <input type="checkbox"/> Leverans utanför dörr <input type="checkbox"/> Telefonvisering <input type="checkbox"/> Utlämningsställe	
Leveranskommentar	

*om förskrivning till barn, ange leveransuppgifter till myndig närstående