

Beställa behandlande antidecubitusmadrasser

Funktionsområde

Vilket sortiment vill du beställa från?

Hjälpmedelsområde *

ADL, förflyttning, decubitus, larm, om... ▼

Hjälpmedelsverksamhet *

☒ Hjälpmedel Stockholm ●

☐ Sodexo AB ●

Vilken förskrivningstyp och användningsområde avser din beställning?

Förskrivningstyp *

☐ Förskrivning

☐ Korttidsförskrivning

☐ Förskrivning med specialanpassning

☒ Behandlingshjälpmedel (Behandlande madrasser)

Användningsområde *

Eget boende ▼

Spara sortimentval

Klicka i
Behandlingshjälpmedel

Sök artiklar ● Hjälpmedel Stockholm (ADL, förflyttning, decubitus, larm, omg...) **Ändra** Funktionsområden >

Förskrivningstyp: Behandling

Sök artikel via Funktionsområde

Q Sök på artikelnamn eller ISO-kod

Q Filtrera med namn eller ISO-kod

Skriv i sökfältet för att filtrera bland funktionsområden

- 04 Hjälpmedel för att mäta, stimulera eller träna fysiologiska och psykologiska funktioner
 - 0433 Hjälpmedel för att bevara hud och vävnad intakt
 - 043306 Hjälpmedel för att bevara hud och vävnad intakt
 - Avancerade behandlande antidecubitusmadrasser
 - Behandlande antidecubitusmadrasser

Klicka på
"Avancerande
behandlande
antidecubitusmadrasser"
för sårgrad 4
eller
"Behandlande
antidecubitusmadrasser"
för sårgrad 2-3

Klicka på förskrivningsunderlaget för den madrass du vill beställa.
Välj madrass och eventuell tillhörande pump.

Gå till  1 [Till varukorgen >](#)

Vid eventuell akutleverans måste motivering anges i fältet:

Kommentar till Hjälpmedelsverksamhet

Exempelvis, konsultens namn vid utprovning, enstaka ärende eller motivering till akutleverans. Obs. ej för kommentar gällande uttagsartiklar eller förbrukningsartiklar.

250 tecken kvar

Gå vidare till [Till leveransinformation >](#)

Fyll i kontaktuppgifter. **MYCKET viktigt att vi kan nå person för leverans.**

Ange fakturaadress

Fakturaadress för behandlingshjälpmedel (behandlande madrasser)
Vårdgivaren är kostnadsansvarig för behandlingshjälpmedel (behandlande madrasser). Ange fakturaadress nedan. För mer information se [Hjälpmedelsguiden](#) 

Fakturamottagare *

Organisationsnummer *

Kostnadsställe *
Exempelvis avdelning, funktion eller enhet.

Fakturaadress *

Postnummer *

Postort *

Telefonnummer *

Vårdnadsgivaren har kostnadsansvar för de första 6 månaderna. Fyll i din enhets uppgifter.

Gå vidare och skicka in beställningen .

Vid Akut beställning måste du 5 minuter senare ringa till Hjälpmedel Stockholm, 08-123 476 00. Knappval 1 och informera om att det är akut. Ange ref.nummer.