

Beställning av personbundet hjälpmedel till patient med skyddade personuppgifter

Denna blankett används endast om patienten har särskilda skäl till att beställningen inte kan registreras i Beställningsportalen.

Datum: sida 1(1)

Hjälpmedel Stockholms anteckningar	Arbetsorder:	S2:
------------------------------------	--------------	-----

Förskrivare / Beställare*

Kundnummer	Kombikakod	Patientens kodnummer
Verksamhetens namn		E-post till förskrivaren
Namn	Yrkestitel	Direktnummer till förskrivaren

Önskad åtgärd*

☐ Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:	☐ Åter lokalt hjälpmedelsförråd
☐ Förskrivning	☐ Köp	☐ Korttidsförskrivning mån. Avgift:
Faktureringskundnummer, om annat än ovan, vid köp:		

Levereras till (ange adress nedan. Ange ej patientens adressuppgifter) *

Förskrivarens adress/alternativ adress		
Gatuadress	Portkod	Eventuell kontaktperson
Postnummer och ort		Direktnummer till ev. kontaktperson
Ska hjälpmedlet levereras hem till patienten? ☐ Ja		

Behovstrappa och användningsområde*

Behovstrappa och steg	Dagliga livets aktiviteter:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4			
	Förflyttning:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
	Kommunikation:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
	Vård och behandling:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4			
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.