Hjälpmedelsverksamheterna
REGION STOCKHOLM

Blankett passformsgaranti

Passformsgarantin gäller i sex månader för öroninsatser och i-örat-apparater.
Använd denna blankett och skicka tillsammans med hjälpmedlet direkt till leverantör.

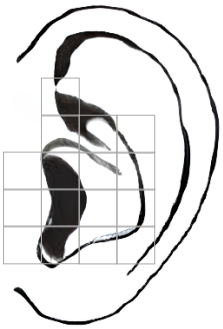
Datum	Ange beställningens referensnummer

Leverantör	Modell
Serienr. vänster	Serienr. höger

Levereras till:

☐ Hörselmottagning och audionom	☐ Patient samtycker att leverans sker till adress	
Mottagning	Namn	
Audionom	Adress	
	Postnummer	Ort
	Telefon	

☐ Skaljustering/skalbyte
☐ Skaver/gör ont
☐ Sitter för löst i örat
☐ För stor (kosmetiskt)
☐ Återkoppling
☐ Ändra ventilationskanal till _____mm



Kommentar/önskemål:

Har det gått mer än sex månader görs arbetsorder och skickas till KommSyn Stockholm enligt rutin för reparation.