

Blankett för förskrivning och uttag - Kompression

Datum:
Förskrivare / Beställare

Kombikakod	Enhet
Namn	
Yrkeskategori	Telefon (direktnummer)
E-post	
Godkänd av vem på asylenheten HSF (Behövs vid varje uttag. Gäller asyl, papperslösa/gömnda)	
Godkänd av vem på enheten för hjälpmedelsfrågor HSF (Behövs vid varje uttag. Gäller hemlös stockholmare)	

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 mail.)

- Personnummer/dossiernummer/reservnummer. Om patienten har skyddade personuppgifter ska patientens kodnummer anges.
- För- och efternamn på patient
- För- och efternamn på leveransmottagare
- Gatuadress
- Postadress
- Leveranssätt
- Eventuell portkod och leveranskommentar

Anledning till att beställning inte görs i Beställningsportalen

- | | |
|---|--|
| ☐ Patient med skyddade personuppgifter (endast vid särskilda skäl) | ☐ Kvotflykting som ej fått personnr |
| ☐ Tillståndslös / papperslös patient | ☐ Tekniska problem i beställningssystemet |
| ☐ Patient omfattad av konventioner, överenskommelser eller berättigas vårdförmåner i Sverige enligt Turisthandboken. | |
| ☐ Annan anledning: | |

Hjälpmedel

Artikel	Leverantörens artikelnr	Leverantör	Antal

Fakturering

☐ Kompression 300kr per 6 månader ☐ Specialbandage 300kr per 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 ☐ Leverans utanför dörr ☐ Telefonavisering ☐ Utlämningsställe	
Leveranskommentar	

*om förskrivning till barn, ange leveransuppgifter till myndig närstående