

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)

MAH:s anteckningar	Arbetsorder:	S2:
--------------------	--------------	-----

Förskrivare / Beställare*

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

Önskad åtgärd*

<input type="checkbox"/> Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:	<input type="checkbox"/> Åter lokalt hjälpmedelsförråd
<input type="checkbox"/> Förskrivning	<input type="checkbox"/> Köp	<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Ja		

Behovstrappa och användningsområde*

Behovstrappa och steg	Dagliga livets aktiviteter:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
	Förflyttning:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	Kommunikation:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
	Vård och behandling:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
Användningsområde	<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende		<input type="checkbox"/> Förskola				
	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service enligt LSS	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS		<input type="checkbox"/> Skola				
	<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för äldre		<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp				

Hjälpmedel

Artikel (ange om likvärdig produkt accepteras)	Leverantörens artikelnummer*	Leverantör*	Antal

* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.