

Ansökan om lokalt hjälpmedelsförråd

Gäller artiklar utöver bashjälpmedelsförrådslistan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nytt lokalt förråd | <input type="checkbox"/> Avslut av lokalt förråd |
| <input type="checkbox"/> Ändring av kontaktuppgifter
(enhetschef eller kontaktperson) | <input type="checkbox"/> Ändring av antal eller
tillägg av ny artikel |

Datum: _____

Ansökande enhet: _____

Kombikod/er: _____

Leveransadress
(ej boxadress) _____

Enhetschef

Namn: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Kontaktperson

Som kontaktperson ansvarar du för att vara kontakt mellan din enhet och Medicinteknisk apparatur i hemmet. Din uppgift är även att instruera dina kollegor om rutiner och hantering av lokalt hjälpmedelsförråd, genomföra och delta vid inventering samt informera Medicinteknisk apparatur i hemmet vid eventuellt byte av kontaktperson.

Namn: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Motivera behovet av lokalt förråd och specifika artiklar:

Vid väldigt låg omsättning måste motivering till behovet vara tydlig, då kan vi godkänna hjälpmedel i undantagsfall.

