

Beställning av personbundet hjälpmedel

Datum:

sida 1(1)

MAH:s anteckningar.	AO:	S2:
---------------------	-----	-----

Förskrivare / Beställare*		Patient*
Kundnummer	Kombikakod	Personnummer
Verksamhetens namn		Namn
Namn	Yrkestitel	Adress (enligt folkbokföringen)
Telefon (gärna mobilnummer)		Postnummer och ort (enligt folkbokföringen)
E-post		Telefonnummer

Anledning till att beställningen inte görs i Beställningsportalen*

- Tekniska problem
 Övrigt:

Önskad åtgärd*

<input type="checkbox"/> Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:	<input type="checkbox"/> Åter lokalt hjälpmedelsförråd
<input type="checkbox"/> Förskrivning	<input type="checkbox"/> Hyra	<input type="checkbox"/> Köp
		<input type="checkbox"/> Korttidsförskrivning mån. Avgift:
Faktureringskundnummer om annat än ovan, vid hyra / köp:		

Levereras till (ange adress nedan)*

 Förskrivaren Patienten Annan

Patient eller Institution		
Gatuadress	Portkod	Kontaktperson
Postnummer och ort	Telefon	Mobil

Statistik*

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.