Specialanpassad produkt – anvisning

|  |
| --- |
| Aktivitetsnummer, fylls i av CFH |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Blanketten skickas till:**  Centrum för hjälpmedel  Box 1515  701 15 ÖREBRO  Telefon: 019 - 602 42 00  Fax: 019 - 33 31 27  Hemsida: vardgivare.regionorebrolan.se/hjalpmedel | Konsulentens namn | |
| Visa kontaktväg med konsulent  Telefon/e-post kontaktBesök med hjälpmedelskonsulent | |
| Patientens personnummer | |
| Patientens namn | |
| Förskrivare | Arbetsplats | Befattning |
| Adress | Telefonnummer | Kod/Förskrivare |
| Postadress | E-postadress | |
| Leveransadress, om annan än ovan | | |

Hjälpmedel som ska specialanpassas

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt | Leverantör |
| Individnummer | Artikelnummer |

Har en tekniker redan kännedom i ärendet?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nej | Ja. Ange teknikers namn | Tekniker |

Specialanpassningens syfte/mål

|  |
| --- |
|  |

Ritning med måttangivelser (Fylls i för hand)

|  |
| --- |
|  |

Bilder

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Undertecknad ansvarar för att patient och/eller närstående är informerad om vad som gäller för ovanstående hjälpmedel enligt gällande regelverk och riktlinjer för förskrivning*.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Förskrivarens underskrift och datum

|  |
| --- |
|  |

Planerad anpassning, fylls i av Centrum för hjälpmedel

|  |  |
| --- | --- |
| Tilldelad tekniker | Bokad, datum och tid |
|  |  |