Specialanpassad produkt – anvisning

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Blanketten skickas till:**Centrum för hjälpmedelBox 1515701 15 ÖREBROTelefon: 019 - 602 42 00Fax: 019 - 33 31 27 Hemsida: vardgivare.regionorebrolan.se/hjalpmedel  | Konsulentens namn       |
| Visa kontaktväg med konsulent **[ ]** Telefon/e-post kontakt **[ ]** Besök 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 |
|       |       |