**Flytt *FRÅN* Örebro län**

*Gröna fält fylls i av förskrivare Fälten nedan fylls i av Övertagande sjukvårdshuvudman*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Förskrivare/Uppgiftslämnare**       | Titel      | **Patient**      | **Fakturaadress, övertagande sjukvårdshuvudman**      |
| Arbetsplats      | Personnummer      | Referensnummer      |
| Telefonnummer       | Ny gatuadress      | Gatuadress/Boxadress      |
| E-post      | Postnummer och ort      | Postnummer och ort      |
| **Förskrivare som kontaktats i det nya länet**      | Telefonnummer      | Organisationsnummer      |
| Telefonnummer      | **Inflyttningsdatum**      | **Kontaktperson och telefonnr övertagande sjukvårdshuvudman**      |
| Centrum för hjälpmedel arbetar enligt den nationella överenskommelsen om ”*Betalning för hjälpmedel som medtas vid flytt till/från ett län*”. En ekonomisk uppgörelse träffas med den nya sjukvårdshuvud-mannen för hjälpmedel som medtas och som har ett restvärde överstigande 4000 kronor. | E-post      |
|  |

|  |
| --- |
| **Svar från mottagande sjukvårdshuvudman på förfrågan om övertagande**Härmed bekräftas att vi övertar/ej övertar ägandeansvar för nedan nämnda hjälpmedel och godkänner att ni fakturerar oss enligt fakturaadress ovan.…………………………………… ………………………………………… ……………………………………..… Ort och datum Underskrift Namnförtydligande |

**Hjälpmedelslista**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hjälpmedel | Individ-nummer | Leverantör | Leverantörs-artikelnummer | Serienummer | Special-anpassadJa/Nej | Inköpspris inklusive tillbehör | Inköpsår | Restvärde | Försäljnings-pris | **Övertas**Ja/Nej |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |