**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-anpassad  Ja/Nej | Inköpspris inklusive tillbehör | Inköpsår | Restvärde | Försäljnings-pris | **Övertas**  Ja/Nej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |