



Anmälan om inlogg – förskrivning hjälpmedel

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas, skannas in och skickas med e-post till Centrum för hjälpmedel; cfhanmalan@regionorebrolan.se

Förskrivaruppgifter

Förnamn	Efternamn
Arbetsplats	Befattning
Gatuadress (arbetsplats)	Postnummer och ort (arbetsplats)
Telefonnummer (arbetsplats)	Mobilnummer (arbetsplats)
E-post (arbetsplats)	Skriv ditt Användar-id för inloggning på dator (tex abc012) *
E-post verksamhetschef/chef på förskrivande enhet (arbetsplats)	

* Gäller dig som är anställd av Region Örebro län

Anmälan gäller inlogg till

- ☐ LMN (inkontinenshjälpmedel)
☐ Websesam (övriga hjälpmedel)

Delförråd

- ☐ Min arbetsplats har inget delförråd
☐ Min arbetsplats har delförråd, önskar få koppling till det

Delförrådsansvar

- ☐ Ska vara huvuddelförrådsansvarig
☐ Ska vara delförrådsansvarig
☐ ej aktuellt

Anställning

- ☐ Visstidsanställning, ange startdatum – slutdatum*:
☐ Tillsvidareanställning, ange startdatum:

* OBS! Inlogget kommer endast att gälla under den här perioden. Ändring måste meddelas annars inaktiveras kontot.

Utbildningsanmälan (gäller Websesamanvändare)

- ☐ Jag kommer gå Grundläggande förskrivarutbildning den:

Bifoga kursintyget från Socialstyrelsens webbaserade utbildning

- ☐ Förskrivning av förbrukningsartiklar – Socialstyrelsens webbaserade utbildning (inkontinenshjälpmedel)
☐ Förskrivning av hjälpmedel – Socialstyrelsens webbaserade utbildning (övriga hjälpmedel)

☐ Jag förbinder mig att följa de anvisningar som finns i regelverk och riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning i Örebro län

☐ Jag försäkrar att utsedd förskrivare har den utbildning och kompetens som krävs för förskrivning

Underskrift förskrivare

Underskrift chef, förskrivande enhet

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Datum: _____

Datum: _____