

**Ansökan dubbel-/trippelutrustning**

Blanketten skickas till: Centrum för hjälpmedel Box 1515 701 15 ÖREBRO eller Barnhjälpmedelscentralen Halltorpsvägen 5-7 702 21 Örebro	Personnr	
	Namn	
	Telefonnummer	
	Leveransadress	
Förskrivare	Arbetsplats	Befattning
Adress	Telefonnummer	Kod/Förskrivare
Postadress	E-postadress	Datum

Grundprincipen vid förskrivning av hjälpmedel i Region Örebro län är att ett hjälpmedel förskrivs för att tillgodose ett behov eller göra det möjligt att utföra en aktivitet. Om enbart ett hjälpmedel är otillräckligt för att möjliggöra en specifik aktivitet, kan undantag göras av särskilda skäl, och ytterligare ett hjälpmedel med samma funktion förskrivas.

[För mer information se respektive produktgrupp under Riktlinjer och regelverk på vardgivare.regionorebrolan.se](http://vardgivare.regionorebrolan.se)

Ansökan gäller: Dubbelutrustning Trippelutrustning**Önskat hjälpmedel för dubbel-/trippelutrustning**

Artikelnummer:	Individnummer:
----------------	----------------

Beskriv patientens funktionsnedsättning

--

Skäl till dubbel-/trippelutrustning

--

Mål med önskat hjälpmedel. Vad gör patienten när målet är uppfyllt?

Hur ofta och var kommer hjälpmedlen användas? Beskrivning för vart och ett av hjälpmedlen

Förväntad effekt av dubbel-/trippelutrustningen

Konsekvens vid uteblivet hjälpmedel (angelägenhetsgrad)

Förskrivarens underskrift

Bedömning av ansökan

Beviljas

Beviljas ej

Kommentar

Datum

Hjälpmedelskonsulent