



CFH:s kundordernummer

## Föreskrivning av inkontinenshjälpmedel –

till patient i enskilt boende i Örebro län

<b>Blanketten skickas per post till:</b>  Centrum för hjälpmedel Box 1515 701 15 ÖREBRO  Telefon: 019 – 60 24200  <a href="#">Inkontinenshjälpmedel på vårdgivarwebben</a>	Personnr	Ev LMA-kortsnummer
	Namn	Giltigt tom:
	Telefonnummer för avisering	<b>Leveranssätt</b>
	Leveransadress	<input type="checkbox"/> Hämtar på CFH <input type="checkbox"/> Hemleverans <input type="checkbox"/> Ja, får ställas utanför Portkod:
Föreskrivare	Arbetsplats	Befattning
Adress	Telefonnummer	Kod/Föreskrivare
Postadress	E-postadress	
Faktureringsadress (vid föreskrivning till utomlänspatienter)		Referens ID

### Beskriv vilken utredning som har gjorts; till exempel läckagemätning, toalettassistansschema

Ange datum och resultat

Produktnamn	Artikelnummer LMN	Storlek/ Absorption	Charrier/ Längd	Beräknad förbrukning (per dygn)	Antal förpackningar

### Undertecknad ansvarar för att

- patienten tillhör målgruppen och uppfyller kriterier och riktlinjer för föreskrivning
- föreskrivningen täcker 3 månaders förbrukning enligt HSLF-FS 2021:52

<b>Underskrift föreskrivare</b>	<b>Datum</b>