



Förskrivning av inkontinenshjälpmedel - till patienter i enskilt boende i Örebro län

Blanketten skickas per post till: Centrum för hjälpmedel Box 1515 701 15 ÖREBRO Telefon: 019 - 602 42 00 Fax: 019 - 33 31 27 Hemsida: www.regionorebrolan.se/cfh	Personnr	Ev LMA-kortsnummer
	Namn	Giltigt tom:
	Telefonnummer, för avisering	Leveranssätt <input type="checkbox"/> Hämtar på CFH <input type="checkbox"/> Hemleverans <input type="checkbox"/> Ja, får ställas utanför Ev portkod:
	Leveransadress	
Förskrivare	Arbetsplats	Befattning
Adress	Telefonnummer	Kod/Förskrivare
Postadress	E-postadress	Datum
Faktureringsadress (vid förskrivning till utomlänspatienter)		Referens ID

Produktnamn	Artikelnr LMN	Artikelnr leverantör (vid dispens)	Storlek/Absorption alt. Charrier/längd	Beräknad förbrukning (per dygn)	Antal förpackningar

Upp till 3 månaders förbrukning enligt SOSFS 2008:1

- Undertecknad förskrivare intygar att villkoren enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 är uppfyllda. Förskrivningen är giltig i 3 månader efter förskrivningsdatum.

underskrift förskrivare

Dispensansökan för hjälpmedel utanför upphandlat avtal

Förskrivning utanför upphandlat sortiment, när medicinska skäl finns, ska motiveras enligt nedan.

Artiklar som provats ur upphandlat sortiment	
Produktnamn	Beskriv orsaken till varför produkten inte uppfyller patientens behov

- Ja, dispensen godkänns
 Nej, dispensen godkänns ej

underskrift verksamhetschef på
förskrivande enhet
Vid dispensansökan

underskrift kontinenssamordnare
Centrum för hjälpmedel