



Dispensansökan - förskrivning av inkontinenshjälpmedel skyddad identitet/tillståndslös

Blanketten skickas till: Centrum för hjälpmedel Box 1515 701 15 ÖREBRO Telefon: 019 – 60 242 00 Hemsida: vardgivare.regionorebrolan.se/hjalpmedel		CFH:s kundordernummer
Förskrivare	Patientens personnummer	
Användar-id till webLMN (t ex abc012 och xabc012)	Befattning	Datum
E-postadress	Telefonnummer	
Arbetsplats		

Information gällande leveransen

- ☐ Leverans till förskrivarens arbetsplats
☐ Hämtas på CFH, avisera på telefonnummer:
☐ Annat sätt; Kundtjänst ska kontaktas på telefon

Beskriv vilken utredning som har gjorts; till exempel läckagemätning, toalettassistansschema (Ange datum och resultat)	
Vilket/Vilka hjälpmedel inom det upphandlade sortimentet har provats	
Produktnamn	
Vad saknas för att uppfylla patientens behov?	
Motivera behovet av dispensartikel utifrån medicinska skäl	

Produktnamn	Leverantörens artikelnummer	Storlek/Absorption
Charrier/Längd	Beräknad förbrukning (per dygn)	Antal förpackningar

Undertecknad förskrivare ansvarar för att

- ☐ patienten tillhör målgruppen och uppfyller kriterier och riktlinjer för förskrivning
☐ förskrivningen täcker 3 månaders förbrukning enligt HSLF-FS 2021:52

Underskrift förskrivare	Datum

Underskrift ansvarig chef på förskrivande enhet	Dispensen godkänns	Datum
	☐ Ja ☐ Nej	

Underskrift kontinenssamordnare/chef CFH	Dispensen godkänns	Datum
	☐ Ja ☐ Nej	