

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	

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

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 förskrivning
☐ förskrivningen täcker 3 månaders förbrukning enligt HSLF-FS 2021:52

Underskrift förskrivare	Datum