

## Förskrivning av trehjulig elrullstol

|  |                                  |                 |
|--|----------------------------------|-----------------|
| <b>Blanketten skickas till:</b><br>Centrum för hjälpmedel<br>Box 1515<br>701 15 ÖREBRO<br><br>Telefon: 019 - 602 42 00<br>Fax: 019 - 33 31 27<br>Hemsida: <a href="http://www.regionorebrolan.se/cfh">www.regionorebrolan.se/cfh</a> | Personnr                         |                 |
|  | Namn                             |                 |
|  | Telefonnummer                    |                 |
|  | Leveransadress                   |                 |
| Förskrivare  | Arbetsplats                      | Datum           |
| Adress   | Befattning                       | Kod/Förskrivare |
| Postadress   | Telefonnummer                    |                 |
| E-postadress   | Plats och datum för utprovningen |                 |

Gäller förskrivningen utländsk medborgare?  Nej  Ja, ange nummer på "LMA"-kort: \_\_\_\_\_  
 Giltigt tom: \_\_\_\_\_

Gäller förskrivningen en utomlänspatient  Nej  Ja

| Artikelbenämning | Artikelnr | Antal | Individnummer | Uttag ur lager |
|------------------|-----------|-------|---------------|----------------|
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |
|                  |           |       |               |                |

### Arbetsorder till tekniker

Undertecknad ansvarar för att patient och/eller närstående är informerad om abonnemangsavgift och eventuell startavgift.

Undertecknad ansvarar för att patient och/eller närstående är informerad om vad som gäller för ovanstående hjälpmedel enligt gällande regelverk och riktlinjer för förskrivning.

\_\_\_\_\_  
**Förskrivarens underskrift**