Region Örebro län
Habilitering och hjälpmedel

Anmälan ändring inlogg – förskrivning hjälpmedel

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas, skannas in och skickas med e-post till Centrum för hjälpmedel; cfhanmalan@regionorebrolan.se
OBS! Glöm inte underskrifterna på sida 2.

Förskrivaruppgifter (Fyll i de nya uppgifterna vid byte eller tillägg)

Förnamn	Efternamn
Arbetsplats	Befattning
Gatuadress (arbetsplats)	Postnummer och ort (arbetsplats)
E-post (arbetsplats)	Telefonnummer/Mobilnummer (arbetsplats)
Användar-id till LMN eller Websesam (t ex regionanställd: abc012 och kommun/privatanställd: xabc012)	
E-post verksamhetschef/enhetschef på förskrivande enhet (arbetsplats)	

Anmälan gäller

Inlogg i	
☐ **LMN** (inkontinenshjälpmedel)	☐ **Websesam** (övriga hjälpmedel)

Delförråd
☐ Koppling till annat delförråd; Önskar byte från delförråd: Till delförråd: Ange startdatum:
☐ Koppling till fler delförråd; ange vilket/vilka: Ange önskat förval av delförråd:
☐ Borttagning av koppling till delförråd; ange vilket/vilka:

Delförrådansvar
Önskar bli ☐ Delförrådsansvarig ☐ Huvuddelförrådsansvarig för delförråd: I samband med detta avslutar som ☐ Delförrådsansvarig ☐ Huvuddelförrådsansvarig
☐ Borttagning av uppdraget ☐ Delförrådsansvarig ☐ Huvuddelförrådsansvarig för delförråd: I samband med detta blir ☐ Delförrådsansvarig ☐ Huvuddelförrådsansvarig

Region Örebro län
Habilitering och hjälpmedel

Arbetsplats och leveransadress	
☐ Byte till ny arbetsplats:	Ange startdatum:
☐ Tillägg ny arbetsplats: Ange önskat förval av arbetsplats:	Ange startdatum:
☐ Byte förvald Kund/Leveransadress:	Ange startdatum:

Anställning
☐ Tillsvidareanställning; ange startdatum:
☐ Nytt slutdatum av visstidsanställning; ange slutdatum:

☐ Jag förbinder mig att följa de anvisningar som finns i regelverk och riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning i Örebro län

☐ Jag försäkrar att utsedd förskrivare har den utbildning och kompetens som krävs för förskrivning

_____

Underskrift förskrivare

_____

Underskrift chef, förskrivande enhet

_____

Namnförtydligande

_____

Namnförtydligande

Datum: _____

Datum: _____

Region Örebro län, Centrum för hjälpmedel
Box 1515, 701 15 Örebro
E-post: hjalpmedel@regionorebrolan.se
www.regionorebrolan.se/cfh