



Anmälan om inlogg när CFH är distributör åt annan verksamhet – förskrivning behandlingshjälpmedel

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas, skannas in och skickas med e-post till Centrum för hjälpmedel; cfhanmalan@regionorebrolan.se

Förskrivaruppgifter

Förnamn	Efternamn
Arbetsplats	Befattning
Gatuadress (arbetsplats)	Postnummer och ort (arbetsplats)
Telefonnummer (arbetsplats)	Mobilnummer (arbetsplats)
E-post (arbetsplats)	Skriv ditt Användar-id för inloggning på dator (tex abc012)
E-post verksamhetschef/chef på förskrivande enhet (arbetsplats)	

Produktområden som kommer att hanteras/förskrivas av verksamheten

- ☐ Slemsugar ☐ Andningshjälpmedel ☐ Nutritionspumpar ☐ Kompressionshjälpmedel
☐ Bröstpumpar ☐ Röstgeneratorer ☐ Annat:

Delförrådsansvar

- ☐ Ska vara huvuddelförrådsansvarig
☐ Ska vara delförrådsansvarig
☐ Ska inte ha delförrådsansvar är endast förskrivare

Anställning

- ☐ Visstidsanställning, ange startdatum – slutdatum*:
☐ Tillsvidareanställning, ange startdatum:

* OBS! Inlogget kommer endast att gälla under den här perioden. Ändring måste meddelas annars inaktiveras kontot.

☐ Jag har tagit del av rekommendationen att gå
 Förskrivning av hjälpmedel – Socialstyrelsens webbaserade utbildning

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

Underskrift förskrivare

Underskrift verksamhetschef, förskrivande enhet

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Datum: _____

Datum: _____