Region Örebro län
Habilitering och hjälpmedel

2026-01-27

Ny Kund och/eller nytt Delförråd för hjälpmedel

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

Uppgifter

Namn på verksamheten (Kunden)	Gatuadress (leveransadress)
Telefonnummer till verksamheten (Kunden)	Eventuellt Våningsplan eller avdelning (leveransadress)
Namn, chef för verksamheten/enheten	Postnummer (leveransadress)
E-post, chef för verksamheten/enheten (arbetsplats)	Ort (leveransadress)

Anmälan gäller

☐ **Ny Kund;** ange startdatum:

Koppling till
☐ **LMN** (inkontinenshjälpmedel)
☐ **Websesam** (övriga hjälpmedel)

☐ **Nytt delförråd kopplat till Websesam;** ange startdatum:
Namn på huvuddelförrådsansvarig:
Namn på delförrådsansvarig:

Produktområden som kommer att hanteras/förskrivas av verksamheten

☐ Rullstolar	☐ Hygienhjälpmedel	☐ Gånghjälpmedel	☐ Inkontinenshjälpmedel
☐ Pumpstövlar	☐ Andningshjälpmedel	☐ Nutritionspumpar	☐ Kompressionshjälpmedel
☐ Slemsugar	☐ Bröstpumpar	☐ TENS-apparater	☐ Annat:

Betalningsuppgifter

Verksamheter inom RÖL	Privat eller kommunal verksamhet
Namn Ansvarsenhet (Betalande enhet)	Organisationsnummer (Betalande enhet)
Kostnadsställe/kod (Betalande enhet)	Referensnummer (Betalande enhet)
Förvaltning	Fakturaadress

Bilagor

Ansökan behöver kompletteras med blankett *Anmälan inlogg* alternativt *Anmälan ändring inlogg* för korrekta uppgifter om förskrivare som ska vara kopplade till Kund/Delförråd.

Underskrift chef för verksamheten/enheten

Namnförtydligande

Datum: _____