



Ändring gällande förskrivarlicens i LMN

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas innan den skickas till Centrum för hjälpmedel.

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

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

Anmälan gäller

- Byte av arbetsplats till:
 Tillägg av ny arbetsplats:
 Namnbyte
 Jag har fått en tillsvidareanställning
 Nytt slutdatum av tjänst
 Avslut

Önskat förval arbetsplats:

Ändringen börjar gälla från och med:

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

Underskrift förskrivare

Underskrift verksamhetschef på
förskrivande enhet

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Datum