



## Ändring gällande förskrivarlicens i LMN

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas, skannas in och skickas med e-post till Centrum för hjälpmedel; [habcfhavgifter@regionorebrolan.se](mailto:habcfhavgifter@regionorebrolan.se)

### 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

<input type="checkbox"/> Byte av arbetsplats till:	
<input type="checkbox"/> Tillägg av ny arbetsplats:	Önskat förval arbetsplats:
<input type="checkbox"/> Namnbyte	
<input type="checkbox"/> Jag har fått en tillsvidareanställning	
<input type="checkbox"/> Nytt slutdatum av tjänst:	
<input type="checkbox"/> Avslut	
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/chef på förskrivande enhet

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Datum