

Ny förskrivare – med CFH som distributör åt annan verksamhet

Licensunderlag webSESAM

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

Förskrivaruppgifter

Förnamn	Efternamn
Arbetsplats	Befattning
Gatuadress (arbetsplats)	Postnummer och ort (arbetsplats)
Telefonnummer (arbetsplats)	Mobilnummer (arbetsplats)
E-post (arbetsplats)	Delförrädsnummer
Om du är anställd av Region Örebro län, skriv ditt Användar-id för inloggning på dator (tre bokstäver och tre siffror, t ex abc012)	
E-post verksamhetschef/chef på förskrivande enhet (arbetsplats)	

Hur ser in anställning ut?

- ☐ Anställd en tidsbegränsad period: _____ (datum, från och med – till och med)
- ☐ Anställd tills vidare: _____ (datum, från och med)

Ange produktområde

- ☐ Nutritionspumpar ☐ Andningshjälpmedel ☐ kompressionshjälpmedel
- ☐ Slemsugar ☐ Bröstpumpar ☐ Annat:

Uppgifter

- ☐ Beställa till förråd ☐ Returnera till förråd ☐ Förskriva
- ☐ Annat

☐ 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