



Ny förskrivare – Nutritionspumpar, Andningshjälpmedel

Licensunderlag webSESAM

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

Förskrivaruppgifter

Förnamn	Efternamn
Arbetsplats	Befattning
Gatuadress (arbetsplats)	Postnummer och ort (arbetsplats)
Telefonnummer (arbetsplats)	Mobilnummer (arbetsplats)
E-post (arbetsplats)	Delförrådsnummer
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 (arbetsplats)	

Hur ser din anställning ut?

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

Produktområde

- Nutritionspumpar Andningshjälpmedel Pumpstövlar 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 på
förskrivande enhet

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Datum