

Arbetsorder/aktivitet

Patient		
Personnummer:	Namn:	
Gatuadress:	Postnummer/ort:	
Tel:	Mobil:	
Kontaktperson		
Namn:		Mobil:
Aktivitetstyp:		
<input type="checkbox"/> Utprovning	<input type="checkbox"/> Anpassning av hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Reparation (gäller inte elrullstolar)
	Individnr:	Individnr:
Beskriv kortfattat efterfrågad åtgärd:		
Behovsbedömningen och efterfrågad åtgärd dokumenteras i journal.		
Förskrivare som INTE är anställd inom Region Skåne ska be patienten om samtycke till att hjälpmedelskonsulent får läsa i journalsystemet. <input type="checkbox"/> Patienten har gett samtycke för hjälpmedelskonsulent att läsa i journalsystemet. Om patienten inte ger sitt samtycke måste kopia av förskrivarens journalanteckning bifogas.		
Förskrivare		
Datum:		
Arbetsplats:		
Tel:	Mobil:	
Titel:		
Rsid/förskrivarid:		
Underskrift:		
Namnförtydligande:		
E-post:		

2020-03-18

Enhet

Hjälpmedel Helsingborg
 Hjälpmedel Kristianstad
 Hjälpmedel Lund
 Hjälpmedel Malmö
 KommSyn

Adress

Margaretahuset
 Lasarettboulev. 33 H
 Sofiavägen 2 d
 Cronquists gata 13
 Sofiavägen 2 d

251 87 Helsingborg
 291 33 Kristianstad
 222 41 Lund
 205 02 Malmö
 222 41 Lund

Telefon

0770-11 11 00
 0770-11 11 00
 0770-11 11 00
 0770-11 11 00
 0770-11 11 00

Fax

042-16 94 90
 044-19 46 65
 046-77 05 05
 040-673 09 50
 046-77 05 05