

Arbetsorder/aktivitet

Patient		
Personnummer:	Namn:	
Gatuadress:	Postnummer/ort:	
Tel:	Mobil:	
Kontaktperson		
Namn:	Mobil:	
Aktivitetstyp:		
Utprovning	Anpassning av hjälpmedel	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. 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
Axel Kleimers väg 2, plan 1
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