

## 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:		

2019-10-07/MG

### Enhet

Hjälpmedel Helsingborg  
 Hjälpmedel Kristianstad  
 Hjälpmedel Lund  
 Hjälpmedel Malmö  
 KommSyn Skåne

### 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

### Tele

042-16 94 80  
 044-19 46 60  
 046-77 05 00  
 040-673 09 40  
 046-77 09 40

### Fax

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