

Förskrivning av Hjälpmedel

| | | | |
|---------------|--------|-----------------------------|--------|
| Patient | | Leveransadress | |
| Personnummer: | | Kontaktperson vid leverans: | |
| Namn: | | Verksamhet/skola: | |
| Gatuadress: | | Gatuadress: | |
| Postnr/ort: | | Postnr/ort: | |
| Tel: | Mobil: | Tel: | Mobil: |

| | |
|---------------|--------|
| Kontaktperson | |
| Namn: | Mobil: |

| Artikelnr. | Hjälpmedel/benämning | Enhet | Antal | Individnr. |
|------------|----------------------|-------|-------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Behovsbedömningen och hjälpmedelsinsatsen 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: | |
| Förskrivare - ID: | |
| Underskrift: | |
| Namnförtydligande: | |

2019-10-02/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