

Förskrivning av barnhjälpmedel

CFH:s kundordernummer

Blanketten skickas till: Barnhjälpmedelscentralen Halltorpsvägen 5-7 702 29 ÖREBRO Telefon: 019 – 60 242 00 Hemsida: vardgivare.regionorebrolan.se/hjalpmedel	Personnummer	
	Patientens namn	
	Telefonnummer	
Förskrivare	Arbetsplats	Befattning
Adress	Postadress	Kod/Förskrivare
E-postadress	Telefonnummer	Datum
Leveransadress med gatuadress och postadress		Privatadress
		☐ Nej ☐ Ja

Uppgifter om förskrivningen

- ☐ Artikel ska förskrivas efter kontakt med hjälpmedelskonsulent. Kontakt har tagits med:
- ☐ Komponent/Artikel ska kopplas till patientens hjälpmedel med individnummer:
- ☐ Patienten har behov av annan modell än den som anges i tvingande ersättningsgrupp
- ☐ Förskrivningen gäller utländsk medborgare med LMA-kortsnummer: _____ som är giltigt till och med:
- ☐ Låneavgift ska debiteras på rollator
- ☐ Bifogar orderguide

Beskriv patientens behov av hjälpmedlet. Vilka andra insatser som gjorts för att möta behovet?

--

Artikelbenämning	Webbesamnr	Antal	Individnummer	Redan utlämnat

Undertecknad ansvarar för att patient och/eller närstående

- ☐ tillhör målgruppen och uppfyller kriterier för förskrivning
- ☐ är informerad om abonnemangs-, start- och eventuell transportavgift
- ☐ får informationsbladet *Information till dig som lånar hjälpmedel*

Förskrivarens underskrift