



Förskrivning av hjälpmedel till utomlänspatient

CFH:s kundordernummer

Blanketten skickas till: Centrum för hjälpmedel Box 1515 701 15 ÖREBRO Telefon: 019 - 602 42 00 Hemsida: vardgivare.regionorebrolan.se/hjalpmedel	Personnummer	
	Patientens namn	
	Telefonnummer	
Förskrivare	Befattning	Kod/Förskrivare
Arbetsplats	Telefonnummer	Datum
E-postadress		
Leveransadress med gatuadress och postadress		Privatadress
		☐ Nej ☐ Ja
Faktureringsadress		Referens id

Uppgifter om förskrivningen

- ☐ Artikel tas ur delförråd, lagerpåfyllnad önskas
- ☐ Komponent/Artikel ska kopplas till patientens hjälpmedel med individnummer:
- ☐ Förskrivningen gäller utländsk medborgare med LMA-kortsnummer: _____ som är giltigt till och med:
- ☐ Låneavgift ska debiteras på rollator

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

--

Artikelbenämning	Webbesamnr	Antal	Individnummer	Uttag delförråd

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