

Ny förskrivare – Licensunderlag LMN

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas, skannas in och skickas med e-post till Centrum för hjälpmedel; habcfhavgifter@regionorebrolan.se

Förskrivaruppgifter

Förnamn	Efternamn
Arbetsplats	Befattning
Gatuadress (arbetsplats)	Postnummer och ort (arbetsplats)
Telefonnummer (arbetsplats)	Mobilnummer (arbetsplats)
E-post (arbetsplats)	E-post verksamhetschef/chef på förskrivande enhet (arbetsplats)
Om du är anställd av Region Örebro län, skriv ditt Användar-id för inloggning på dator (tre bokstäver och tre siffror, t ex abc012)	

Hur ser din anställning ut?

- ☐ Anställd en tidsbegränsad period: _____ (startdatum-slutdatum)
☐ Anställd tills vidare: _____ (startdatum)

- ☐ Jag har tagit del av [Förskrivning av förbrukningsartiklar – Socialstyrelsens webbaserade utbildning](#)
- ☐ Jag bifogar kursintyget för: Förskrivning av förbrukningsartiklar – Socialstyrelsens webbaserade utbildning
- ☐ Jag förbinder mig att följa de anvisningar som finns i [regelverk och riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning i Örebro län](#)

Underskrift förskrivare

Underskrift verksamhetschef/chef på förskrivande enhet

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Datum