KommSyn Stockholm
REGION STOCKHOLM

ANMÄLAN AV SKADAT, STULET ELLER BORTTAPPAT HJÄLPMEDEL

Datum:
Hjälpmedlet är: ☐ Skadat ☐ Stulet ☐ Borttappat

UPPGIFTER OM HJÄLPMEDLET	
Modell	
Registreringsnummer (KommSyn Stockholms)	

UPPGIFTER OM PATIENTEN	
Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon till bostad	Ev. övrigt telefonnummer

☐ Polisanmälan bifogas
☐ Diagnosrelaterad händelse? Beskrivning:

BESKRIVNING AV HÄNDELSEFÖRLOPPET

UPPGIFTSLÄMNARE	
Namn	Telefon
☐ Förskrivare ☐ Brukare ☐ Anhörig	☐ Övrig, ange vad:

KOMMSYN STOCKHOLMS ANTECKNINGAR:		
Handläggare:		
Anteckning S2:	**Aktivitetstyp:**	
Restvärde:	**Inköpsvärde:**	
Åtgärd: kassation ☐	reparation ☐	utredning ☐
Reservdelskostnad:		
Faktureras HSF ☐	**Ärendet avslutat** ☐	**Datum:**