

## Beställning av personbundet hjälpmedel för utomlänspatienter

Datum:

1(1)

KommSyn Stockholms anteckningar STHLMUTOMLÄN	Betalare:	AO:	S2:
---	-----------	-----	-----

Förskrivare / Beställare*	Patient*
Verksamhetens namn	Personnummer
Namn	Namn
Yrkestitel	Adress (enligt folkbokföringen)
Telefon (gärna mobilnummer)	Postnummer och ort (enligt folkbokföringen)
E-post	Telefonnummer

### Önskad åtgärd\*

<input type="checkbox"/> Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:
<input type="checkbox"/> Förskrivning	<input type="checkbox"/> Hyra
<input type="checkbox"/> Köp	<input type="checkbox"/> Korttidsförskrivning mån. (max 6 månader)

### Levereras till (ange adress nedan)\*

Patient eller institution			
Gatuadress	Portkod	Kontaktperson	
Postnummer och ort	Telefon	Mobil	

### Statistik\*

Användningsområde	<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Förskola
	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service enligt LSS	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS	<input type="checkbox"/> Skola
	<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för äldre	<input type="checkbox"/> Rh-klass/ särskolegrupp

### Hjälpmedel

Artikel (ange om likvärdig produkt accepteras)	Leverantörens artikelnummer*	Leverantör*	Antal

\* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.