KommSyn Stockholm
REGION STOCKHOLM

Beställning av personbundet hjälpmedel

Datum: **sida 1(1)**

KommSyn Stockholms anteckningar	AO:	S2:

Förskrivare / Beställare*

Kundnummer	**Kombikakod**	
Verksamhetens namn		
Namn	**Yrkestitel**	
Telefon (gärna mobilnummer)		
E-post		

Patient*

Personnummer
Namn
Adress (enligt folkbokföringen)
Postnummer och ort (enligt folkbokföringen)
Telefonnummer

Anledning till att beställningen inte görs i Beställningsportalen*

☐ Tekniska problem
☐ Övrigt:

Önskad åtgärd*

☐ Hjälpmedlet är redan levererat	Registreringsnummer:		☐ Åter lokalt hjälpmedelsförråd
☐ Förskrivning	☐ Hyra	☐ Köp	☐ Korttidsförskrivning mån. Avgift:
Faktureringskundnummer om annat än ovan, vid hyra / köp:			

Levereras till (ange adress nedan)*

☐ Förskrivaren ☐ Patienten ☐ Annan

Patient eller Institution			
Gatuadress	**Portkod**	**Kontaktperson**	
Postnummer och ort		**Telefon**	**Mobil**

Statistik*

Behovstrappa och steg	Dagliga livets aktiviteter:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		
	Förflyttning:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6 ☐ 7
	Kommunikation:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
	Vård och behandling:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		

Användningsområde	☐ Eget boende	☐ Korttidsboende	☐ Förskola
	☐ Bostad med särskild service enligt LSS	☐ Daglig verksamhet enligt LSS	☐ Skola
	☐ Särskilt boende för äldre	☐ Daglig verksamhet för äldre	☐ Rh-klass/ särskolegrupp

Hjälpmedel

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

* = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.