Hjälpmedel Stockholm
REGION STOCKHOLM

Beställning av personbundet hjälpmedel till patient med skyddade personuppgifter

Denna blankett används endast om patienten har särskilda skäl till att beställningen inte kan registreras i Beställningsportalen.

Datum: **sida 1(1)**

Hjälpmedel Stockholms anteckningar	*Arbetsorder:*	*S2:*

Förskrivare / Beställare*

Kundnummer	**Kombikakod**	**Patientens kodnummer**
Verksamhetens namn		**E-post till förskrivaren**
Namn	**Yrkestitel**	**Direktnummer till förskrivaren**

Önskad åtgärd*

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

Levereras till (ange adress nedan. Ange ej patientens adressuppgifter) *

Förskrivarens adress/alternativ adress		
Gatuadress	**Portkod**	**Eventuell kontaktperson**
Postnummer och ort		**Direktnummer till ev. kontaktperson**
Ska hjälpmedlet levereras hem till patienten? ☐ Ja		

Behovstrappa och användningsområde*

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.