|  |  |
| --- | --- |
|  | **Omvårdnadshjälpmedel****Reparation** |
| **Förskrivaruppgifter** |
| **Datum:** |  |
| **Förskrivare:** |  | **Telefon:** |  |
| **Befattning:** |  |
| **Arbetsplats:** |  |

|  |
| --- |
| **Patientuppgifter** |
| **Personnummer:** | XXXXXXXXXXXXXXX |
| **Namn:** |  |
| **Adress:** |  | **Postnummer:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **(På boende) Avdelning & Rum:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ av hjälpmedel:** |  |
| **ID nummer:** |  |

|  |
| --- |
| **Problem:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Åtgärd** (fylls i av tekniker): |
|  |

|  |
| --- |
| **Övrig information** (hiss, trappor, trånga utrymmen mm.): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Utfört av:** | **Datum:** |