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