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

|  |
| --- |
| **Patientuppgifter**(endast vid leverans till privat hem samt ID-märkta produkter) |
| **Namn:** |  | **Personnummer:** | XXXXXXXXXXXXXXXX |
| **Adress:** |  | **Postnummer:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **(På boende) Avdelning & Rum:**  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Artikelnummer** | **Produkt** | **Storlek** | **Antal** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Leverans till:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depåplats |  |  |  |  | Patientadress |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Önskemål om datum och tid** | Datum: | Tid: |

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

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