Hjälpmedel Stockholm
REGION STOCKHOLM

Arbetsorder – patient med skyddade personuppgifter

Denna blankett ska endast användas om patienten har särskilda skäl till att arbetsordern inte kan registreras i Beställningsportalen.

Datum:

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:		*S2:*

Förskrivare*

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

Önskad åtgärd*

Hjälpmedlets registreringsnr:			Typ av hjälpmedel:	
☐ Reparation	☐ Montering/Anpassning	☐ Översyn	☐ Avregistrering	☐ Återlämning, orsak:
☐ Specialanpassning, syfte:				
☐ Hämtning	* Ange adress (ange ej patientens adress):			
☐ Leverans	* Ange adress (ange ej patientens adress):			
☐ Faktureras till:				
☐ Övrigt:				

*** = Obligatorisk uppgift för handläggning av ärendet.**

SPECIFIKATION AV ANPASSNING ALT. REPARATION

Specificera noggrant, gärna med egen skiss eller flera textblad om du behöver mer skrivutrymme. Ange mått i mm.

☐ Utprovningsprotokoll/ritning/bilaga bifogas
Specifikation:

Hjälpmedel Stockholms anteckningar				**Datum**	**Signatur**
Reception/Order	☐ Ank.reg (Sparas i journal. Vid intern beställning åter till hjälpmedelskonsulent)				
Transport	☐ Hämtad	Anm:			
Verkstad	☐ Åtgärdad	☐ Delar beställda, dat:	Önskat lev.dat:		
	☐ Kontrollerad	Anm:			
Transport	☐ Levererad	Anm:			
Noteringar:					