|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beställare** | | **Patient** | |
| Namn |  | Personnummer |  |
| Ditt användar ID |  | Namn |  |
| Befattning |  | Adress |  |
| Tjänsteställe |  | Postadress |  |
| Adress |  | Tel (även riktnr) |  |
| Postadress |  | Kontaktperson namn |  |
| Tel (även riktnr) |  | Kontaktperson tel (även riktnr) |  |
| Har vårdavtal/etablering med Region Dalarna | | | |
| **Datum** | **Namnteckning** | | **Kundnummer hos DHC** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beställning av tjänst – Beställning om möjligt i WebSesam** | | |
| Utredning av |  | |
| Utprovning av |  | |
| Uppföljning av |  | |
| Anpassning/specialanpassning av |  | |
| Annan tjänst |  | |
| Underlag/ritning bifogas |  | |
| Reparation | Montering/demontering | Hämtning av hjälpmedel för återlämning  Tex. vid demontering av säng, tak/golvlyft, elrullstol |
| Hjälpmedel | | Inventarienr |
| Hjälpmedel | | Inventarienr |
| **Övrigt - Behov eller beskrivning av arbetets art** | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beställning av hjälpmedel enligt specifikation – Beställ om möjligt i WebSesam** Vid beställning av tillbehör till uthyrningshjälpmedel, ange hjälpmedlets inventarienummer! | | | |
| **Artnr hos DHC** | **Antal, enhet** | **Benämning, storlek, leverantör, art nr** | **Anteckningar DHC** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Leveransadress** | **Annan fullständig leveransadress, ange nedan** |
| Patient enligt adress |  |
| Beställare enligt adress |  |
| **Information:** Uppgifterna dataregistreras | |