|  |  |
| --- | --- |
| **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 återlämningTex. 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 |