

# FÖRSKRIVNING

 Datum: 

OBS! Denna blankett får endast användas av de förskrivare som inte har tillgång till WebSesam!

## Förskrivare

Rekvirent nr:

 Nr:     

 Förskrivar-ID:     

(Versaler)

Förskrivare namn: \_\_\_\_\_

Förskrivare kontaktuppgifter

E-post: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Vårdtagare

Personnr: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Leverans

Leveransadress: \_\_\_\_\_

Kontaktperson inför leverans: \_\_\_\_\_

Kontaktperson telefon: \_\_\_\_\_

Antal	Enhet	Hmc-artnr	Benämning

Meddelande till Hjälpmedelscenter:

Hjälpmedelscenters notering:

Kundorder: \_\_\_\_\_

### Hjälpmedelscenter

 Postadress: 371 81 Karlskrona. Besöksadress: Skradderivägen. Kundtjänst tel: 0455 – 73 6335, fax: **0455 – 73 6321**  
 Internet: www.regionblekinge.se Org nr: 232100-0081

Bl 407/Rev 180201