

Använd denna blankett

-Då du som beställare ej har tillgång till webSESAM

-Då inget av de hjälpmedel som skall hämtas finns med i webSESAM

-Då en komponent från ett komponenthanterat hjälpmedel skall returneras

Ifylld blankett mailas till order.hjalpmedel@regiongavleborg.se

BESTÄLLARE
HAR ANVÄNTS AV

Namn		Ev ordinatörs-ID	Person nr (anges för brukarbundet hjälpmedel)
Telefon nr	Mobiltelefon		Namn (brukare / vårdenhet)
Arbetsställe		Datum	
HÄMTADRESS			
Enhetens namn (anges då hjm ska hämtas på vårdenhet)			
Gatuadress			
Ort			
Telefon nr			
Ev. kontaktperson			
Telefon nr			
Övrig information:			

Beskrivning <i>Beskriv i text hjälpmedelskategori (t.ex rullstol), ange fabrikat och modell om detta är känt.</i>	<i>Komponent från hjälpmedel med</i> ID-nr *	ID-nr <i>Om sådant finns</i>	Antal	Ägare <i>Ifylls för köpta hjälpmedel .</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				