

Beställning av hjälpmedelstransport

Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod 	Förskrivarens namn
E-post	Telefonnummer

Individnummer	Hjälpmedel
Brukarens namn	Brukarens personnummer
Kontaktperson	Kontaktpersonens telefonnummer

Transport/flyttas från:

Transport/flyttas till:

Adress	Adress
Postnummer	Postnummer
Postadress	Postadress

Info om inne- och utemiljö (fyll i det som är av betydelse, tänk både inne och ute)

Hur är marken? Gräs, grus, gångstig?
Finns det trappor? Hur många steg? Smal eller svängd trappa?
Smal korridor? Smal dörröppning? Heltäckningsmatta?
Finns det utrymme för vridmån? Möjlighet att montera på plats?
Övrigt av betydelse för leverans

Kostnad för flytt debiteras:

Godkänns för debitering:

	Datum
	Namnunderskrift
	Namnförtydligande

Fylls i av Hjälpmedelscentrum

Utfört datum	Utfört av och antal personer
--------------	------------------------------

