

Debiteringsunderlag för utomlänsvård

Vid förskrivning, glöm inte bifoga blankett [Förskrivning av hjälpmedel](#)

Fylls i av förskrivare

Brukarens namn	Brukarens personnummer
Brukarens adress	
Brukarens postadress	Brukarens telefonnummer
Tillhör region	
Underlaget avser: <input type="checkbox"/> Utomlänbrukare <input type="checkbox"/> Tillfälligt lån <input type="checkbox"/> Reparation <input type="checkbox"/> Asylsökande <input type="checkbox"/> På väg att bli folkbokförd i Halland	

Om hjälpmedelskostnaden överstiger prisbasbelopp 5920 kr per förskrivning behövs kontaktuppgifter till den som har godkänt kostnaden i hemregionen.

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Fylls i vid tillfälligt lån

Leveransdatum	Planerat återlämningsdatum
Kan hämta/återlämna hjälpmedlen på Hjälpmedelscentrum i Halmstad, Varberg eller Kungsbacka <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Faktureringsadress vid tillfälligt lån eller reparation av hjälpmedel

Namn betalare	
Adress	
Postadress	Telefon
Kontaktperson	Referensnummer
Datum	Namnunderskrift betalningsansvarig
Namnförtydligande	