

Personnummer _____

Namn _____

Gatuadress _____

Postadress _____

Telefon _____

Samtycke

(Samtycke från patient/bidragstagare för hantering av personuppgifter krävs)

Förskrivare (leg. Läkare vid behandlande klinik)

Datum _____

Namn _____

Namnteckning _____

Befattning _____

Avdelning _____

Telefon _____

Förskrivningen insändes till:

**Hjälpmiddelservice
Region Värmland
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad
Telefon: 010 831 71 53****Fax: 054 85 04 13****Medicinska uppgifter**

Diagnos _____

 Tillfälligt behov (gäller under en 12 månaders period) Varaktigt behov (gäller möjlighet att ta ut årligt bidrag under 5 år, därefter krävs ny förskrivning)

Övriga kommentarer _____

Bedömning av bidragsnivå för behov av hårsättning

Personer med följande orsaker till hårförlust eller håravfall kan erhålla bidrag:

- Alopecia areata-totalis
- Medfödda hårdefekter eller alopecier
- Lokala inflammationer eller ärrbildande hudsjukdomar i hårbotten
- Endokrina sjukdomar och infektionssjukdomar
- Medicinering eller strålningsbehandling
- Operation eller olycksfall
- Övriga fall efter specialläkarbedömning

Bidraget kan utnyttjas för peruker i syntet eller äkta hår, toupé, annan hårsättning, ögonfransar, kosmetisk tatuering och utprovningssavgiften.