

# Beställning av rullstolshandskar



Personnummer

Namn

Gatuadress

Postadress

Telefon

Telefon Anhörig

Skriv ut beställningen och skicka in till:

**Barnhjälpmedelscentralen  
Sommarrovägen 49  
Centralsjukhuset  
652 30 Karlstad**

## FÖRSKRIVARE

Datum

Förskrivare

Befattning

Adress

*Var uppmärksam på så att all text syns i rutan!*

Telefon

I samråd med arbetsterapeut/sjukgymnast inom landstinget eller annan vårdgivare på uppdrag av landstinget.

Namn

Telefonnr

Ange typ av rullstolshandske

Lång

Kort

Hård

Mjuk

Med kanal

Mönster finns

Mönster finns ej

Färg

Natur

Svart

Beskriving av behov