

Dispensansökan för inkontinenshjälpmedel som inte finns på avtal

Kommun

Region Värmland

Förskrivarens uppgifter

Förskrivarens namn		Förskrivningsdatum
Adress		Telefon/mobil
Verksamhet/enhet (arbetsplats)	E-post	

Patientuppgifter

Patientens namn	Personnummer
-----------------	--------------

Ansökan för

Artikelnummer	Produktnamn	Storlek/absorption	Charrier/längd	Antal (st)
Beräknad förbrukning, ange om det gäller dygn/vecka/månad				

Beskriv vilken utredning som har gjorts, t ex läckagemätning, toalettassistansschema

Vilket/vilka hjälpmedel inom det upphandlade sortimentet har provats

Motivera varför upphandlat sortiment inte tillgodoser patientens behov

Förskrivarens underskrift och titel

Skicka dispensen till: Hjälpmiddelservice
Therese Lundström
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad