# Tjänsteköp för montering av formgjuten sits, specialanpassning av medicinteknisk produkt

Skickas till: Hjälpmedelsservice, Östanvindsgatan 14, 652 21 Karlstad

|  |  |
| --- | --- |
| **Beslut tagen i sittgruppen om formgjuten sits**Datum      | **Ansvarig hjälpmedelskonsulent**      |
|  |
|  |
|  |
| **Specialanpassningen är avsedd för patient** |
| Namn      | Personnummer      |
|  |
| **Ansvarig förskrivare** |
| Namn      | Titel      |
| mejladress      | Telefon      |
| **Tjänsteköpet godkänd av** |
| Betalare (kundnummer)      |
| Datum       |
| Namn och telefonnummer      |
|  |

**Syfte med specialanpassningen**

|  |
| --- |
| Vad som ska uppnås beskrivs        |