

ANSÖKAN OM ENSTAKA ÄRENDE – för produkter utanför gällande sortiment

Beslut meddelas av hjälpmedelskonsulet. Vid godkännande läggs beställningen i Beställningsportalen av dig som förskrivare.

Datum:

Ordernr (ifylls av Sodexo)

FÖRSKRIVARE

Namn	Kombikakod
Arbetsplats	Telnr
E-postadress	Mobilnr

BRUKARE

Namn	Personnummer
E-postadress	Telnr/Mobilnr

BESLUTSTÖD

Effekt/Nytta:	<input type="checkbox"/> 0 (ingen)	<input type="checkbox"/> 1 (mycket liten)	<input type="checkbox"/> 2 (måttlig)	<input type="checkbox"/> 3 (stor)	<input type="checkbox"/> 4 (mycket stor)
Frekvens:	<input type="checkbox"/> 0 (extremt sällan)	<input type="checkbox"/> 1 (mycket sällan)	<input type="checkbox"/> 2 (sällan)	<input type="checkbox"/> 3 (ofta)	<input type="checkbox"/> 4 (mycket ofta)

ANSÖKAN GÄLLER FÖLJANDE PRODUKT (Bifoga ev. utprovningsprotokoll/offert)

Artikelnummer:	Artikelbenämning:	Leverantör:

MOTIVERING TILL BRUKARENS BEHOV AV PRODUKTER

--

ANSÖKAN UPPRÄTTAT AV

Underskrift beställare	Namnförtydligande beställare
------------------------	------------------------------