

## Flytt från Region Stockholm

### Patient

Personnummer:	Namn:
Ny adress:	
Postnummer:	Ort:
Telefonnummer (helst mobilnummer):	
Eventuell kontaktperson:	Telefonnummer till kontaktperson:
Planerat flyttdatum/folkbokföring:	

### Förskrivare Region Stockholm

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

### Förskrivare i nya länet

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

**Hjälpmedel som patienten önskar ta med vid flytt**

--

**Hjälpmedel som återlämnas i samband med flytt**

--

Ifylld blankett skickas till:

Rådgivning  
Sodexo Hjälpmedelsservice  
174 88 Sundbyberg