Primärvården Göteborg
Göteborgs Stad

Datum:

ANMÄLAN OM SKADAT ELLER FÖRKOMMET HJÄLPMEDEL

RAPPORTERANDE FÖRSKRIVARE	**PATIENT**
Namn **Befattning** **Arbetsplats** **Tfn** **E-post:**	**Personnummer** **Namn** **Adress** **Tfn** **Ev. kontaktperson** **Tfn**

HJÄLPMEDEL (produkt samt individnummer eller artikelnummer)
ORSAK TILL ANMÄLAN ❑ **STÖLD (Är polisanmälan gjord?)** ❑ **FÖRKOMMET HJÄLPMEDEL** ❑ **REPARATION PGA SKADA ELLER ONORMAL FÖRSLITNING** ❑ **RENGÖRING, TEKNISK SERVICE**
HÄNDELSEFÖRLOPP (datum, plats, förlopp**)**

Ifylles av förskrivaren

BEDÖMNING **Kan patientens funktionsnedsättning ha orsakat skada eller onormal förslitning på hjälpmedlet?**

Ifylles av kostnadsansvarig

BERÄKNAD KOSTNAD **Restvärde:** **Reparation/rengöring:**
BESLUT: **Datum:** **Underskrift kostnadsansvarig……** **Namnförtydligande……..**