

Patientnamn.....

Adress.....

.....

Angående återtagande av förskrivet hjälpmedel

Hjälpmedel förskrivs till patient som ett kostnadsfritt lån. Patienten ansvarar för hjälpmedlet under lånetiden. ”Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel i Västra Götaland” anger att patienten är skyldig att omgående återlämna hjälpmedlet väl rengjort, komplett med alla tillbehör, till anvisat mottagningsställe när behovet upphört eller lånetiden gått ut.

Din förskrivare/Hjälpmedelsgruppen Primärvården Skaraborg har bedömt att lånet av Ditt hjälpmedel _____ med individnummer _____ ska upphöra.

Ni förväntas återlämna ovanstående hjälpmedel senast den.....

Om inte detta sker kommer Ni faktureras månadskostnaden för det aktuella hjälpmedlet _____ kr. Administrativa avgifter tillkommer.

Vid frågor, var god kontakta din förskrivare: _____

tel : _____

Ort och datum

.....