

 <p>LD HJÄLPMEDEL Beställningsblankett ortopedtekniska hjälpmedel</p>	<p>Datum:</p> <p>Från enhet/avdelning och kundnummer:</p> <p>Förskrivarens namn:</p>
<p>Blanketten skrivs ut och skickas till OTA:</p> <p>Aktiv Ortopedteknik Falun lasarett 791 82 FALUN Tel 023-70 52 30 kortnr 701 63 Fax 023-70 52 32 kortnr 701 65</p>	<p><i>Patientinformation</i></p> <p>Personnummer:</p> <p>Namn:</p> <p>Adress:</p> <p>Telefon:</p>
<p>Förskrivningskriterier Diagnos/Funktionhinder/svårigheter</p>	<p>Mål med hjälpmedlet/Anvisning utprovaren</p>

Gäller Engångsordination Reord 1 år Reord 2 år Reord 3 år
Avgift Hjälpmedelsavgift Egen avgift vid förskrivning av skor Betalas helt av patient

Blanketten skrivs ut och skickas till OTA

Vad god se [Anvisningar](#) för hjälp med ifyllandet av blanketten.

IFYLLES AV OTA

Utförd åtgärd				OTA:s anteckningar				
Kundnr	Ordernr			Artnr	Antal	Timmar	Material	Egen avg
Avgift								
Pg	Fakt nr							

Kont	Fakt nr							

1 prov	2 prov	3 prov	4 prov					
Handläggare	Lev sätt	Bet datum	Lev datum					