

HO nr:

# Hämtorder

(Endast för ASIH)

Patient/Mottagare

Personnummer/Vårdenhet: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Utföres på plats (om annan än ovan)

Namn/Inrättning: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr, Ort: \_\_\_\_\_

Kontaktperson

Namn: \_\_\_\_\_

Telefon/mobil: \_\_\_\_\_

Annat meddelande:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hämtorderorsak:**

(väljs inget blir prio= "HÖS Transport/Räddningstjänsten")

- HÖS Transport/Räddningstjänsten**
- Normal** (Hämtning från patient/vårdenhet)
- Snabb** (Hämtning från patient/vårdenhet)

Individ- /artikelnummer	Hjälpmedel/Benämning	Antal

Förskrivare/Beställare

Kundnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Namn i klartext: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

**OBS! Denna skall faxas till HÖS**