

Beställning av hjälpmedel

Brukare (patient eller vårdenhet)

Personnummer/Vårdenhet

Namn

Adress

Postnr

Ort

Telefon

Leveransadress om annan än ovan

Kontaktperson

Namn

Namn

Adress

Telefon

Postnr

Ort

Telefon

Annat meddelande

Välj Leveranssätt

HÖS transport/Räddningstjänsten

HÖS Hemtransport debiteras enl gällande prislista

HÖS Hemtransport Normal

leverans till brukare

Ingen samleverans

HÖS Hemtransport Snabb

Samleverans önskas

leverans till brukare

HÖS artikelnr	Leverantörens artikelnr	Leverantör	Hjälpmedel/Benämning	Enhet	Antal	Inventariernr

Förskrivare/Beställare

Attest/Godkännande

Namn

Namn

Telefon

Datum

Telefon

Datum