Byte mottagare/Betalare - Hjälpmedel

☐ Ny mottagare
☐ Ny betalare
☐ Ny mottagare och ny betalare

Nuvarande mottagare

Personnummer/vårdenhetsnummer	Namn
Nuvarande betalare	

Ny mottagare

Personnummer/vårdenhetsnummer	Namn
Betalare	

I-nr	Hjälpmedlets benämning

Uppgiftslämnare:

…….…… ……..……..
Förskrivarens id Namn

…….…… ……..……..
Telefonnummer Datum

Hjälpmedelscenters noteringar ……..……..
Ordernummer

Blanketten skickas med säker epost till hjalpmedelscenter@regionblekinge.se
Eller via post till:
Hjälpmedelscenter
Skrädderivägen
371 55 Karlskrona