

## Inrapportering olycka, tillbud med hjälpmedel

Aktuellt hjälpmedel ska returneras till Länservice för utredning. Hjälpmedlet ska märkas upp med kopia av denna ifyllda blankett i förseglat kuvert.

Blanketten fylls i elektroniskt eller manuellt och skickas per post till hjälpmedelskonsulent:

**Postadress:**  
Länservice  
Hjälpmedelskonsulent  
Box 507  
961 28 Boden

### Uppgiftslämnare

<b>Namn:</b>	<b>Telefonnummer:</b>
<b>Arbetsställe:</b>	<b>Mobil nummer:</b>
<b>E-post adress:</b>	

### Uppgifter om olyckan/tillbudet

<b>Datum för olyckan/tillbudet:</b>	
<b>Patientens namn:</b>	<b>Patientens personnummer:</b>
<b>Hjälpmedel/produkt:</b>	
<b>Individnummer:</b>	<b>Sesam nr:</b>
<b>Leverantörens serienummer (fylls i av Länservice):</b>	<b>Tillverkningsår (fylls i av Länservice):</b>
<b>Har patienten ådragit sig skador i samband med olyckan/tillbudet?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Om ja, beskriv skadorna:</b>	

**Beskrivning händelseförlopp:**

(Uppgifter som är av vikt för utredning: Hur tillbudet/olyckan inträffade, brukarvikt, rörelseförmåga/funktion/grad av medverkan, assistansbehov, inställningar av hjälpmedlet/tillbehör, miljö där olyckan/tillbudet inträffade, miljö där hjälpmedlet vanligtvis används.)

**Trolig orsak till olyckan/tillbudet:****Vidtagen åtgärd:**

Har hjälpmedlet tagits ur bruk?

 Ja Nej

Har hjälpmedlet bytts ut?

 Ja Nej

Returnerad till Länservice?

 Ja Nej

Annat:

**Länservice egna noteringar. Fylls i av handläggare på Länservice**

<b>Ankom Länservice:</b>	<b>Referensnummer LS:</b>	<b>Handläggare:</b>
<b>Utredning:</b>		
<b>Åtgärd:</b>		
<input type="checkbox"/> Anmäl Leverantör	<b>Referensnummer:</b>	
<input type="checkbox"/> Anmäl LMV	<b>Diarienummer:</b>	
<b>Avslutad:</b>		
<input type="checkbox"/> Förskrivaren fått återkoppling.		