

# Inrapportering till hjälpmedelsverksamheten vid flytt från länet

Detta formulär sänds till Hjälpmedelsverksamheten antingen via post på adress Box 507, 961 28 Boden eller via C2-länk på Vårdgivarwebben hjälpmedel

Uppgiftslämnare	
Datum	
Förskrivare	
Telefon	
Mail	

Personuppgifter Hjälpmedelsanvändare	
Datum för flytt	
Personnummer	
Namn	
Adress (ny)	
Postadress	
Telefon	

## Medtagande hjälpmedel

Hjälpmedel	Individnummer	Sesam nr

<b>Kontaktperson mottagande län</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Mottagande hjälpmedelscentral</b>	
<b>Telefon</b>	