

Inrapportering till hjälpmedelsverksamheten vid flytt från länet

| Uppgiftslämnare | |
|-----------------|--|
| Datum | |
| Förskrivare | |
| Telefon | |
| Mail | |

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

Medtagande hjälpmedel

| Hjälpmedel | Individnummer | Sesam nr |
|------------|---------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Kontaktperson i mottagande län: _____

Telefon: _____

Mottagande Hjälpmedelscentral: _____

Telefon: _____