

Inrapportering till hjälpmedelsverksamheten vid flytt till länet

| Uppgiftslämnare | |
|-------------------------------|--|
| Datum | |
| Förskrivare | |
| Användarnamn (i webSesam) | |
| Telefon | |
| Mejl | |
| Kostnadsställe | |

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

Mottagna hjälpmedel

| Hjälpmedel | Ev. Individnummer: |
|------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Kontaktperson i avflyttande län:

Telefon: