

Inrapportering och underlag för beräkning av ersättningskrav för skadade/förlorade hjälpmedel

Ifylld blankett skickas till hjälpmedelsverksamheten via C2

Ifylles av förskrivare alternativt ansvarig inom verksamheten			
Brukarens namn		Händelsedatum	

Artikel	Hjälpmedel	Individnummer	Antal	Händelse/orsak

Uppgiftslämnare		Telefon:	
E-post:			
Kundnummer:		Betalare:	

Ifylles av hjälpmedelsverksamheten					
Individnummer/artikel	Inköpsår	Inköpspris	Kvarvarande restvärde	Reparationskostnad	Krav
Total Summa:					