# Tjänsteköp för montering av formgjuten sits, specialanpassning av medicinteknisk produkt

Skickas till: Hjälpmedelsservice, Östanvindsgatan 14, 652 21 Karlstad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beslut tagen i sittgruppen om formgjuten sits**  Datum | | **Ansvarig hjälpmedelskonsulent** |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Specialanpassningen är avsedd för patient** |
| Namn | | Personnummer |
|  | | |
| **Ansvarig förskrivare** | | |
| Namn | | Titel |
| mejladress | | Telefon |
| **Tjänsteköpet godkänd av** | | |
| Betalare (kundnummer) | | |
| Datum | | |
| Namn och telefonnummer | | |
|  | | |

**Syfte med specialanpassningen**

|  |
| --- |
| Vad som ska uppnås beskrivs |