

Blankett

Ankomstdatum:

Skapat datum: 2025-05-20

Löpnummer:

Version: 3

Publicerat för Regionhälsan, Primärvårdens hjälpmedelsenhet

Anmälan om skada eller förlust av hjälpmedel

Förskrivare	Patient
Namn	Personnr
Befattning	Namn
Enhet	Målsmans personnr
Direkttel	Målsmans namn
E-post	Datum

Hjälpmedel (produkt, individnummer, tillbehör, artikelnummer på tillbehör)

Orsak

- Ej återlämnat hjälpmedel
- Borttappat hjälpmedel
- Skada på hjälpmedel
- Stöld av hjälpmedel
- Övrigt

Händelseförlopp (datum, plats och vad som har hänt)

--

Vid stöld, beskriv hur hjälpmedlet förvarades

--

Förskrivarens utredning och bedömning

Kan händelsen ha orsakats av patientens funktionsnedsättning?	Ja	Nej
Har händelsen orsakats av annan person?	Ja	Nej
Har låneförbindelse och bruksanvisning lämnats till patient/närstående?	Ja	Nej
Har det i så fall journalförts?	Ja	Nej

Kommentar

--

Ev. anmälan till försäkringsbolag och polis är patientens ansvar

Fylls i av kostnadsansvarig

Debiterbart värde enligt HMC:			
Arbetsorderkostnad enligt HMC:		Återfinns i diariet:	
Debiteras patienten:	Ja	Nej	Svinnrapport:
Debiteras annan:			