

Blankett

Skapat datum: 2025-11-12

Version: 4.0

Publicerat för Regionhälsan, Primärvårdens hjälpmedelsenhet

Ankom:

Reg.nr:

VGR-anställda använder formulär i VGR-serviceportal istället för denna blankett.
Övriga skickar blanketten via SDK alternativt med post till Primärvårdens Hjälpmedelsenhet.

Anmälan om skada eller förlust av hjälpmedel

Förskrivare

Patient

Namn	Personnr
Befattning	Namn
Enhet	Målsmans Personnr
Direkttel	Målsmans Namn
E-post	Datum

1. Hjälpmedel (Produkt, individnummer, tillbehör, artikelnummer på tillbehör)

2. Orsak

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

3. Händelseförlopp (Datum, plats och vad som har hänt)

4. Vid stöld, beskriv hur hjälpmidlet förvarades

5. 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

6. Kommentar

Ev. anmälan till försäkringsbolag och polis är patientens ansvar

Fylls i av kostnadsansvarig

Svinnrapport:

Debiterbart värde enligt HMC:

Arbetsorderkostnad enligt HMC:

Debiteras patienten:

Ja

Nej

Debiteras annan:

Ja

Nej