

Ansökan om ändring av anvisning för förskrivning av hjälpmedel

Blanketten används för att lämna förslag om ändring av befintlig anvisning som reglerar förskrivning av hjälpmedel för användning i vardagsmiljö. Beredningsgrupp bereder ansökan på uppdrag av Ledningsrådet för hjälpmedel. Vid behov av stöd för att fylla i blanketten kontakta samordning.hjalpmedel@vgregion.se.

Produktområde

Ange vilken/vilka anvisningar som ansökan om ändring gäller.

Syftet med förändringen

Beskriv förändringen och varför den ska genomföras. Ange om det finns evidens, nationella eller regionala riktlinjer, rutiner eller andra kunskapsstöd som stödjer ändringen.

Patientnytta

Patientnytta och konsekvenser för patienter

Beskriv förväntad patientnytta och eventuella konsekvenser om ändringen genomförs och/eller om den inte genomförs.

Vårdgivarperspektiv

Verksamhetsnytta och konsekvenser för vårdgivare

Beskriv förväntad verksamhetsnytta och eventuella konsekvenser om ändringen genomförs och/eller om den inte genomförs. Exempelvis påverkan på kostnader, så som kostnadsförskjutning och ökade eller minskade volymer, personalresurser och/eller arbetssätt.

Kompletteringar

Här kan du göra tillägg och kompletteringar till ansökan.

Förankring

Hur och var är förslaget förankrat?

Kontaktuppgifter

Namn:

Arbetsplats:

E-post:

Telefon:

Datum:

Ansökan skickas till

Funktionsbrevlådan för samverkansfunktionen: samordning.hjalpmedel@vgregion.se