

Ansökan behörighet/ändring i Sesam LMN

Anmälningsdatum

Ansökan gäller:

Förskrivare

Beställare

Behörighet

Förskrivarens/Beställarens uppgifter

Förskrivarens/beställarens namn

Befattning

E-postadress

HSA-id

Arbetsplats

Adress

Postnummer och ort

Telefon/Mobil (endast direktnummer)

Önskade behörigheter

Allmän sjukvård

Nutrition–Sondmatningstillbehör

Diabetes

Sambeställning till Särskilt boende

Inkontinens

Stomi

Nutrition (**endast dietister och läkare**)Trakeostomi (**förskrivs endast av sjukhus**)

Förskrivande enheter som ska läggas till

Kundnummer ex. 60XXXX

Arbetsplats

Förskrivande enheter som ska tas bort

Kundnummer ex. 60XXXX

Arbetsplats

Chefens uppgifter

Chefens namn

Chefens E-post

Telefon/mobil