REGION SÖRMLAND

FÖRSKRIVNING/BESTÄLLNING

OBS! Blanketten fylls i på **dator**. Skickas via filetransfer eller som papperspost till HMC.

Kundorder i SESAM (fylls i av HMC)

BRUKARE/ ENHET **Personnummer/ Kundnummer**		**FÖRSKRIVARE/BESTÄLLARE** **Tjänsteställe**	**KUNDNUMMER**
Namn		**Adress**	
Adress		**Ort**	**Telefonnummer**
Ort	**Telefonnummer**	**Namn**	
Anhörig	**Telefonnummer kontaktperson**	**Titel**	
Leveransadress: förskrivare/ beställare ☐ **Annan adress**		**Datum**	
		E-post	

KUND/FAKTURADRESS

☐ Individuellt hjälpmedel
☐ Arbetstekniskt hjälpmedel

Artikelnummer	**Benämning**	Koppla komponent till huvudhjälpmedel	**Beställnings-antal**	**Utlämnat datum**	**Individ-nummer**
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			
		☐			

Övriga kommentarer

Hjälpmedelscentralen
Fraktgatan 5, 633 46 Eskilstuna
Telefonnummer 0771 – 405 406, hmc@regionsormland.se

Hjälpmedelsfilialen Katrineholm Kullbergska sjukhuset
Entré 3 Box 110, 641 22 Katrineholm
Telefonnummer 0771 – 405 406, hmc@regionsormland.se

Hjälpmedelsfilialen Nyköping
Spelhagsvägen 13, 611 31 Nyköping
Telefonnummer 0771 – 405 406, hmc@regionsormland.se