|  |  |
| --- | --- |
|  **Beställningsblankett****ortopedtekniska hjälpmedel**Dalarnas Hjälpmedelscenter | **Datum:**               **Från enhet/avd och kostnadsställe:**      **Förskrivarens namn och telefon:**      |
| **Blanketten skrivs ut och skickas till OTA:**Aktiv OrtopedteknikFalu lasarett791 82 FALUN Tel 023-70 52 30 kortnr 701 63Fax 023-70 52 32 kortnr 701 65 | *Patientinformation***Personnummer:**     **Namn:**      **Adress:**     **Telefon:**      |
| **Förskrivningskriterier****Diagnos/Funktionhinder/svårigheter**      | **Mål med hjälpmedlet/Anvisning utprovaren**      |

**Gäller** [ ] Engångsordination [ ]  Reord 1 år [ ]  Reord 2 år [ ] Reord 3 år

**Avgift** [ ] Hjälpmedelsavgift [ ] Egen avgift vid förskrivning av skor [ ] Egenvårdsprodukt, **ej** regionbidrag

**Blanketten skrivs ut och skickas till OTA**­­­­­­­­­­­­­­­­­
Vad god se riktlinjerna <https://www.regiondalarna.se/plus/hjalpmedel/forskrivningsprocessen/forteckning-och-riktlinjer/> och anvisningarna <https://www.regiondalarna.se/plus/hjalpmedel/bestallning-och-leveranser/bestallning-av-hjalpmedel/> för hjälp med ifyllandet av blanketten:

**IFYLLES AV OTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Utförd åtgärd | OTA:s anteckningar  |
| Kundnr | Ordernr |  | Artnr | Antal | Timmar | Material | Egen avg |
|  |  |  |  |  |
| **Avgift** |  |  |  |  |  |
| Pg----------------------------------- | Fakt nr-------------------------------------- |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Kont----------------------------------- | Fakt nr-------------------------------------- |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1 prov | 2 prov | 3 prov | 4 prov |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Handläggare | Lev sätt | Bet datum | Lev datum |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |