Vid överföring av hjälpmedel till annan region enligt riksavtalet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personnummer      | Namn      | Gäller fr.o.m       |
| Adress      | Postadress      | Telefon      |

|  |
| --- |
| **Det här är de hjälpmedel som avses och överenskommits mellan förskrivare och region** |
| Förskrivare Västerbotten: |       | Mottagande region: |       | Förskrivare mottagande region: |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Individnr.\* | Hjälpmedel/tillbehör\* | Leverantör | Leverantörens art.-nr. | Serienr. | Inköpsprisinkl. tillbehör | Inköpsår | Försäljningspris/Överlåtelse | Övertas |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kolumner med asterisk (\*) fylls i av förskrivaren.**