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. | Inköpspris  inkl. tillbehör | Inköpsår | Försäljningspris  /Överlåtelse | Övertas |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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