|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 2021-08-18 |
|  |
| Hjälpmedelscentralen |
|  |
|  |

**Enskilt ärende**

Läs först rutinen för enskilt ärende på Vårdgivarwebben. Denna ansökan används endast om du ej använder Cosmic och skickas med post till:

Hjälpmedelscentralen Region Kronoberg, Box 1223, 352 12 Växjö.

|  |  |
| --- | --- |
| Patientens namn: | Patientens personnummer: |
| Förskrivarens namn: | Förskrivarens telefonnummer: |
| Konsulent som kontaktats: | |
| Ärendet förankrat i teamet: JA       NEJ | |
| Önskad produkt: | |
| Beskriv patientens behov av ovanstående produkt (Mål och syfte): | |
| Uppskattad användning/nyttjandefrekvens: | |
| Vilka/vilket hjälpmedel har provats i grundsortiment? *(använd baksidan vid behov)* | |
| Ange varför hjälpmedel i grundsortiment inte tillgodoser behovet: | |
| Finns produkten i Region Kronobergs upphandlade sortiment?  JA NEJ | Om nej, inköpskostnad: |

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beviljas  Avslås

Motivering: