|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 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: