|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 2024-04-05 |
|  |
| Hjälpmedelscentralen |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## Överföring av förskrivaransvar

Först när en uppföljning/utvärdering visar att målen med hjälpmedlet uppnåtts kan ärendet avslutas. Förskrivaren har dock kvarstående ansvar fram tills behovet upphört eller tagits över av någon annan.

Förskrivaransvaret överförs om vårdgivaransvaret övergår till annan verksamhet/vårdgivare.

Överrapportering görs till den nya förskrivaren och det antecknas i patientens journal hos båda parter att överrapportering har skett. Först efter denna överrapportering har mottagande enhet/vårdgivare övertagit förskrivaransvaret.

Överrapportering sker på här medföljande blankett (sid 2) **”Överföring av förskrivaransvar”.**

Uppföljning ska då nyligen vara genomförd, hjälpmedlet ska möta patientens behov och vara i gott skick vid överlämnandet.

Den nya förskrivaren ska informeras om det individuella målet med hjälpmedlet, om uppföljning ska göras (i så fall anges rekommenderad tidpunkt) eller om patienten själv tar kontakt om behovet förändras.

För att överlämning ska kunna ske behöver mottagande förskrivare kunna ta del av nödvändiga journaluppgifter.

Patient och eventuell anhörig/närstående ska få information om vart de vänder sig om behoven förändras. Om en förskrivare slutar på en enhet kvarstår ändå förskrivaransvaret på förskrivande enhet.

När alla ovan nämnda steg är genomförda skickas kopia på blanketten till hjälpmedelscentralen som då registrerar ny kostnadsansvarig enhet i Sesam.

**Överföring av förskrivaransvar**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientuppgifter** | | | | | |
| Personnummer: | | Namn: | | | |
| **Från förskrivare** | | | | | |
| Namn: | | Titel: | | | |
| Förskrivarnummer Sesam: | | Telefon: | | | |
| Arbetsplats: | | E-post: | | | |
| **Till förskrivare** | | | | | |
| Namn: | | Titel: | | | |
| Förskrivarnummer Sesam: | | Telefon: | | | |
| Arbetsplats: | | E-post: | | | |
| **Hjälpmedel som överförs (om individnummer finns måste detta skrivas)** | | | | | |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| Artikelnummer/Individnummer: | Beskrivning: | | Antal: | Uppföljning behövs  JA  NEJ | Om JA, när? |
| **Överrapportering enligt ovan godkänd** | | | |  | |
| Datum: | | | | Signatur: | |
| **Underskrift** | | | |  | |
| Datum: | | | | | |
| Mottagande förskrivares underskrift: | | | Namnförtydligande | | |

Efter underskrift av mottagande förskrivare skickas blanketten till förskrivare som anges i fältet ”Från förskrivare” ovan. Kopia skickas till hjälpmedelscentralen.