|  |  |
| --- | --- |
| **Beställningsblankett**  **ortopedtekniska hjälpmedel**  Dalarnas Hjälpmedelscenter | **Datum:**    **Från enhet/avdelning och kundnummer:**    **Förskrivarens namn och telefon:** |
| **Blanketten skrivs ut och skickas till OTA:**  Aktiv Ortopedteknik  Falu lasarett  791 82 FALUN  Tel 023-70 52 30 kortnr 701 63  Fax 023-70 52 32 kortnr 701 65 | *Patientinformation*  **Personnummer:**    **Namn:**    **Adress:**    **Telefon:** |
| **Förskrivningskriterier**  **Diagnos/Funktionhinder/svårigheter** | **Mål med hjälpmedlet/Anvisning utprovaren** |

**Gäller** Engångsordination  Reord 1 år  Reord 2 år Reord 3 år

**Avgift** Hjälpmedelsavgift Egen avgift vid förskrivning av skor Betalas helt av patient

**Blanketten skrivs ut och skickas till OTA**­­­­­­­­­­­­­­­­­   
Vad god se [Riktlinjerna](https://www.regiondalarna.se/plus/hjalpmedel/om-forskrivning/forskrivningsprocessen/forteckning-och-riktlinjer/) och [Anvisningar](https://www.regiondalarna.se/plus/hjalpmedel/bestallning-och-leveranser/bestallning-av-hjalpmedel/) för hjälp med ifyllandet av blanketten.

**IFYLLES AV OTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Utförd åtgärd | | | | | OTA:s anteckningar | | | | |
| Kundnr | | Ordernr | |  | Artnr | Antal | Timmar | Material | Egen avg |
|  |  |  |  |  |
| **Avgift** | | | |  |  |  |  |  |
| Pg  ----------------------------------- | | Fakt nr  -------------------------------------- | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Kont  ----------------------------------- | | Fakt nr  -------------------------------------- | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1 prov | 2 prov | 3 prov | 4 prov |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Handläggare | Lev sätt | Bet datum | Lev datum |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |