

|                                                                                                                    |                                                                                                               |                   |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| <br>Dokument godkänt<br>2010-04-01 | <b>Hårsättning vid tidsbegränsad behandling grupp A</b><br><b>Information blad 1 &amp; Rekvisition blad 2</b> | ISO-kod<br>063003 | Sida nr (av)<br>1(3)<br>Dokument<br>reviderat<br>2018-05-04 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|

## Information till patient som erhåller rekvisition till frisör

### Medicinska indikationer vid tidsbegränsad behandling grupp A

Personer med hårbortfall i samband med cytostatika – strålbehandling.

Bedömning sker uteslutande inom specialistvård av landstingsanställd läkare/sjuksköterska.

Kostnadsansvaret tillfaller förskrivande klinik.

För utprovning och tillhandahållande av peruk ger landstinget ett bidrag på högst

4 000 kr inkl. moms per 6 månaders period.

Om behovet kvarstår efter 6 månader kan landstinget inom 12 månader efter förskrivning ge ytterligare ett bidrag på 4 000 kr inkl. moms. Kontakta i så fall din vårdgivare/klinik.

Eventuell överskjutande kostnad under varje 6 månaders period betalas helt av patient direkt till utföraren.

Det går inte att spara eventuellt kvarstående belopp från första rekvisitionen till kommande period.

En ny behandlingsperiod kan generera en ny förskrivning.

### Det är fritt val av frisör i Sverige

#### Bidraget omfattar:

Utprovning och peruk

#### Bidraget gäller inte för:

Förbrukningsartiklar så som schampo, balsam tejp, borstar, tvättning och rekonditionering, förlorad eller förstörd peruk, (ånga, värme kan förstöra peruken), resa till och från frisör

#### Rekvisitionen lämnas till frisören som skickar faktura till landstinget:

Du har möjlighet att ta ut en rekvisition á 4000kr inkl. moms under en 6 månaders period.

Om behov kvarstår efter 6 månader kan ytterligare en rekvisition på 4000kr inkl. moms utfärdas

#### Kontakta din vårdgivare/klinik för ny rekvisition

#### När du köpt din hårsättning är det du som äger den

Det är konsumentköplagen som gäller. Ta reda på villkoren gällande garanti och reklamation hos den salong du väljer

Varje rekvisition gäller för 1 tillfälle, patient lämnar rekvisition till frisör som skickar faktura till landstinget tillsammans med rekvisitionen.

Bidraget betalas inte ut till privatperson som tex. beställt hårsättning över nätet.

Samtycke från bidragstagare för hantering av personuppgifter krävs.

|                                                                                                                    |                                                                                                   |                   |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <br>Dokument godkänt<br>2010-04-01 | <b>Hårersättning vid tidsbegränsad behandling grupp A</b><br><br><b>Rekvision - Värdehandling</b> | ISO-kod<br>063003 | Sida nr (av)<br>2(3)<br><br>Dokument<br>reviderat<br>2018-05-04 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|

### Rekvision (Värdehandling) – Lämnas av patient till Frisör

|                 |                             |
|-----------------|-----------------------------|
| *Förskrivare    | Födelsedata ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX |
| *Arbetsplats    | Mottagare                   |
| *Kostnadsställe | Adress                      |
| *Telefon        | Postadress                  |
|                 | Telefon                     |

| Benämning                      | Antal                                         | Beviljat bidrag               | Period 6 månader                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peruk | 1st                                           | 4000 kr <u>inklusive</u> moms | <input type="checkbox"/> Rekvisitionen gäller uttag I<br><input type="checkbox"/> Rekvisitionen gäller uttag II (efter 6 mån)<br><br>Datum from - tom - <i>ifylls av förskrivaren</i><br>- |
| *Datum                         | *Förskrivare / Namnteckning (med blått bläck) |                               | *Arbetsplats                                                                                                                                                                               |
| Övrig information:             |                                               |                               |                                                                                                                                                                                            |

#### Patient/bidragstagares samtycke till hantering av personuppgifter:

I egenskap av bidragstagare ger jag här mitt samtycke till att Landstinget Dalarna och av mig anlita frisör hanterar mina personuppgifter i form av namn, personnummer och adress i syfte att fakturera, hantera och registrera beviljat bidragsbelopp i för verksamheterna vedertagna system och endast därvid.

Datum Underskrift patient/bidragstagare

Namnförtydligande patient/bidragstagare

| Till Frisör / Tatuerare                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denna rekvisition ska bifogas fakturan och ställas till:<br><br>Landstinget Dalarna<br><b>Referens 50139</b><br>FE 2001<br><u>811 85 SANDVIKEN</u><br><br>Vid frågor om fakturahantering och bidragsregler Kontakta<br>handläggare på LD Hjälpmedel<br>Telefon 0243-49 78 50 | <b>Detta ingår <u>inte</u> i bidraget</b><br>Tvättning och övrig skötsel, ersättning för förlorad eller förstörd<br>hårersättning, rekonditionering, förbrukningsartiklar t.ex.<br>schampo/balsam, tejp, borstar, resa till och från frisör.<br><br><b>Betalningsvillkor 30 dagar</b><br><b>Landstinget Dalarna godkänner inte:</b><br>Fakturerings av belopp överstigande bidragsdel<br>Faktura som saknar bifogad rekvisition |

|                                                                                                                    |                                                                                                   |                   |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <br>Dokument godkänt<br>2010-04-01 | <b>Hårsättning vid tidsbegränsad behandling grupp A</b><br><br><b>Rekvisition - Värdehandling</b> | ISO-kod<br>063003 | Sida nr (av)<br>3(3)<br><br>Dokument<br>reviderat<br>2018-05-04 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|

## Faktureringsvillkor gällande Hårsättning

De flesta salonger uppfyller redan i dag villkoren men det tillkommer över tid fler aktörer på marknaden varvid det funnits behov att se över rutiner och förutsättningar.

### Av fakturan för Hårsättning ska framgå:

Fakturans nummer och fakturadatum  
Företagets namn, adress, telefonnummer och referens  
Företagets postgironummer/bankgironummer  
Företagets organisationsnummer och uppgift om F-skattebevis  
Mottagarens fakturaadress enligt angiven

Kundens (patientens) för- och efternamn  
En (1) faktura per kund (patient)  
Hårsättningens benämning, grossist och ev. artikelnummer  
Pris och antal för hårsättning  
Pris och antal för utprovning  
Summa exkl. moms (netto)  
Moms – vilken % -sats och belopp  
Summa att betala  
Kunden ska erhålla kvitto på den del som betalas av kunden  
Rekvisitionen ska bifogas fakturan  
Patient/bidragstagaren ska ha undertecknat sitt samtycke till hantering av personuppgifter

#### Fakturan ställs till:

Landstinget Dalarna  
**Referens 50139**  
FE 2001  
811 85 SANDVIKEN

#### Betalningsvillkor 30 dagar

**Landstinget Dalarna godkänner inte:**  
Fakturerings av belopp överstigande bidragsdel  
Faktura som saknar bifogad rekvisition