

Checklista beställning av hjälpmedel för urinblåsa-tarm

Namn:		Personnummer:	
Leveransadress:			
Tel/mobil (dit personen nås på leveransdagen):		Aktuell portkod/tagg:	

När inga tidigare förskrivningar finns/gått ut sätt upp en tid för utredning/uppföljning hos en förskrivare
För vilket/vilka inkontinenshjälpmedel gäller beställningen?

Produktnamn	Storlek	Antal/dygn	Antal produkter som finns kvar

Finns det förskrivning på ytterligare produkter? Är det snart dags att beställa även dessa?	Ja ☐ Nej ☐
Är behovet förändrat? Ex. läckagemängd, hälso-funktionsstatus, vikt, medicinering, förbrukning, toalettbesök/toalettassistans	Ja ☐ Nej ☐
Om ja, vad är förändrat?	

	Förskrivning med flera uttag finns	Förnyelse av förskrivning
Oförändrat behov:	Beställning kan göras direkt i GUIDE av behörig förskrivare/beställare	
Förändrat behov:	Sätt upp en tid för uppföljning/-utvärdering hos ansvarig förskrivare	Överrapportera till ansvarig förskrivare. Förskrivaren bedömer: – ny förskrivning – ny uppföljning/utvärdering

Kan patienten/företrädare för patienten beställa själv i Vårdtagarportalen?	Ja ☐ Nej ☐
	Om ja, informera, skicka skriftlig information om vårdtagarportalen.