

Hjälpmedel som patient tagit med vid flytt till er

Personnummer	
Namn	
Datum	

Individnr	Leverantörens artikelnummer	Hjälpmedel/Tillbehör	Serienummer	Leverantör	Inköpspris inkl. tillbehör	Inköpsår	Restvärde	Försäljningspris/Överlåtelse *	Övertas

*Blankt = Hjälpmedlets restvärde understiger överenskommelsen för debitering