

Patientens namn/Personnummer	Kontaktuppgifter överrapporterande förskrivare	Kontaktuppgifter mottagande förskrivare

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

\*Blankt = Hjälpmedlets restvärde understiger överenskommelsen för debitering