

CHECKLISTA

Vid information till patient om förskrivet hjälpmedel

Förskrivet hjälpmedel

Artikelnr	Benämning enligt produktförteckning	Ev. individnummer

	JA	Anm
Patienten har tränats att använda hjälpmedlet	<input type="checkbox"/>	_____
Patienten har fått information om skötsel och låneförbindelse har utväxlats	<input type="checkbox"/>	_____
Patienten har fått information om		
- hjälpmedlets konstruktion	<input type="checkbox"/>	
- säkerhetsmoment	<input type="checkbox"/>	
- bruksanvisning	<input type="checkbox"/>	
- rengöring	<input type="checkbox"/>	_____
Patienten har informerats om ev. egenavgift	<input type="checkbox"/>	_____
Patienten har informerats om rutiner för		
- service/reparation	<input type="checkbox"/>	
- återlämningskyldighet	<input type="checkbox"/>	
- återlämningsställe	<input type="checkbox"/>	_____
Patienten har informerats om vem som ska kontaktas vid problem med hjälpmedlet	<input type="checkbox"/>	_____

.....
Ort och datum

.....
Förskrivarens underskrift

.....
Ort och datum

.....
Patientens/ombudets underskrift

Uppdaterad 20-02-13