

Dispensansökan för engångsunderlägg 70x180, 30 st/förpackning

Ordinärt boende
(kommun)

SÄBO
(kommun)

Region Värmland

Förskrivarens uppgifter

Förskrivarens namn	Förskrivningsdatum
Verksamhet/enhet (arbetsplats)	Telefon/mobil
E-post	

Patientuppgifter

Patientens namn	Personnummer
Namn SÄBO	

Beräknad förbrukning, ange om det gäller dygn/vecka/månad

Antal

Dag Vecka Månad

Beskriv vilken utredning som gjorts, vilka inkontinensprodukter som är testade tidigare, vilka inkontinensprodukter patienten är förskrivet idag. Bifoga läckagemätningsskema.

Har patienten tvättmöjligheter? Ja Nej

Finns tvättmaskin i bostaden? Ja Nej

Har patienten fått flergångsunderlägg? Ja Nej

Förskrivarens underskrift och titel

Skicka dispensen till: Hjälpmedelsservice
 Therese Lundström
 Östanvindsgatan 14
 652 21 Karlstad