**Proformalån**

1. **Beställning** *mailas av förskrivare till* hjalpmedelsverksamheten@vaxjo.se

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Förskrivare | Telefon |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Benämning | Artikelnr | Leverantör |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Övrigt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Beställd hos leverantör** *mailas av kundtjänst till förskrivare*

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Signatur/Namn Kundtjänst |
|  |  |

Följesedeln mailas till förskrivare när produkten levereras till Mejselgatan, märkt med utlåningstiden.

1. **Proformlån köp/ retur** *mailas av förskrivare till* hjalpmedelsverksamheten@vaxjo.se
* **Nej**- Förskrivaren återlämnar proformalånet inom utlåningstiden till Hjälpmedelsverksamheten som returnerar produkten till leverantören
* **Ja**- Produkten behålls hos patienten kundtjänst sköter registrering i Sesam