

Till

.....
Namn, närstående till

Namn

Personnummer

.....
Enligt vårt verksamhetssystem över utlämnade hjälpmedel finns följande hjälpmedel registrerade på ovan angiven person:

Produktbeskrivning	Ev. individnummer

Vi vore mycket tacksamma om ni kunde ta kontakt med undertecknad för att komma överens om hur dessa hjälpmedel ska återlämnas.

Skulle det vara så att hjälpmedlen återlämnats till annan verksamhet inom vården önskar vi ändå få kontakt med er för att få frågan utredd.

Ort	Datum	
Ansvarig förskrivare	Telefon	Ev. telefontid
Adress		

Uppdaterad 23-05-08