Region Gävleborg

# ORDINATION / REKVISITION AV ORTOPEDTEKNISKT HJÄLPMEDEL

**Se riktlinje för ortopedtekniska hjälpmedel, Platina ID 09-166142 för mer information**

| | |
|---|---|
| Leverantör: Aktiv Ortopedteknik i Sverige AB<br>Adress: Gävle Sjukhus, ingång 15<br><br>Tel. 026 - 280 91 50<br>Fax 026 - 12 31 30 | Personnr:<br><br>Namn:<br><br>Bostadsadress:<br><br>Postadress:<br><br>Telefon: |
| Best. datum<br><br>Ansvarig förskrivare<br><br>Remitterande enhet<br><br>Tel _____<br><br>U-titel - Kostn.ställe | Annan leveransadress _____<br>_____<br>_____<br><br>Bidrag (Åtgärden ingår enligt riktlinje. Hjälpmedelsavgift och ev. egenavgift betalas av pat.) ☐<br><br>Ej bidrag (Betalas helt av pat.) ☐ |
| Diagnosnr/Diagnos (grundsjukdom) | |
| Beskrivning av önskat hjälpmedel och den effekt som önskas.<br>*Tex. : Ledad knäortos i behandlande syfte. Leden skall vara låst i extenderat läge. Syftet med behandlingen är att stödja knät under läkningen*<br>*(om möjligt kan specifik benämning / beteckning på produkten anges)* | |
| Övriga uppgifter av betydelse för ordination | |