Information om förskrivet hjälpmedel

Patientens namn		
Personnummer		
Adress		
Hjälpmedel + tillbehör		
Datum	**Förskrivarens yrkestitel, namn och arbetsplats**	**Telefonnummer**

Nedanstående personer har informerats/instruerats, hur de på ett säkert sätt ska använda och hantera förskrivet hjälpmedlet till ovanstående person.

Arbetsgivaren ansvarar för utbildning till anställd personal.

Datum	**Underskrift av de som erhållit utbildning/information**

Förskrivaren lämnar/skickar den ifyllda blanketten till personalens arbetsledare för information.