Helse Sør-Øst RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Vest RHF
Helse Nord RHF

Utlån av behandlingshjelpemidler
Utlevering av forbruksmateriell

SKJEMAET SENDES I SIN HELHET TIL HELSEFORETAKET

PASIENT OG LEVERINGSADRESSE

Etternavn, fornavn:	Bostedskommune:	Fødselsnr. (11 siffer):	
Adresse:	Telefon hjemme:	Telefon jobb:	Mobiltelefon:
Postnr. og poststed:	Leveringsadresse dersom annen enn bostedsadresse:		

DIAGNOSE, BEGRUNNELSE TILTAK, PRAKTISKE PROBLEMER OG FORSLAG TIL LØSNING. RELEVANT INFORMASJON OM ANNET UTSTYR
(Bruk evt. eget ark.)

ICD-10 diagnosekode som begrunner behov for utlån av utstyr (skal fylles ut)

Hoveddiagnose-kode (ICD-10):		Inntil 2 bi-diagnose-koder (ICD-10):		
Øvrig begrunnelse:				Tiltakets varighet: Varig ☐ Tidsavgrenset ☐

UTSTYRSBESKRIVELSE (Liste over aktuelt forbruksmateriell dokumenteres på eget ark. Se: www.behandlingshjelpemidler.no)

	Innstillinger, type, størrelser, mål, dosering O2 i l/min, varighet mv.	For helseforetaket Utstyrsregnr. etc.:

OPPLÆRINGS- /OPPFØLGINGS-ANSVARLIG (Se retningslinjer: www.behandlingshjelpemidler.no)

☐ Pasienten har fått opplæring i bruk av utstyret

☐ Opplæring er avtalt med:

Kommentar:

Opplærings/ oppfølgingsansvarlig person	Navn på institusjon/ avdeling/legesenter	Telefonnr.:

ERKLÆRING OG UNDERSKRIFT AV/ PÅ VEGNE AV PASIENTEN

- Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av utstyret. Videre oppfølging er kjent og avtalt.
- Jeg er klar over at behandlingshjelpemiddelet er helseforetakets eiendom, og at det skal tas vare på. Når jeg ikke lenger har bruk for det, skal det leveres tilbake til helseforetaket etter avtale.
- Utstyr kan ikke selges, gis bort, lånes ut, leies ut, byttes, pantsettes mv. Jeg plikter å sørge for at utlånt utstyr blir håndtert slik at unødvendig verditap unngås.
- Jeg samtykker i at helseforetaket kan innhente nødvendige tilleggs-opplysninger og at opplysninger knyttet til rekvirering og utlån av utstyr og utlevering av forbruksmateriell registreres i helseforetakets database.

Sted og dato	**Underskrift**

UNDERSKRIFT SPESIALIST

Spesialist:	Telefonnr.:
Adresse:	Dato, underskrift og ID-nummer:
Postnr. og poststed:	

FOR HELSEFORETAKET

Mottatt dato	**Vurdering** Tildeles ☐ Tildeles ikke ☐	**Dato, underskrift og stempel**