

Beställningsunderlag för hemvårdssäng vuxen

Namn och leveransadress:

Portkod:

--

Kontaktperson:

--

Tel.nr:

--

SÄNG:

- ☐ Standardsäng 90x200
- ☐ Förlängd säng
- ☐ Låg säng (går ej att kombinera med hjullyft)
- ☐ Bred säng, 105 cm:

Individnummer (ifylls av tekniker):

--

TILLBEHÖR:

Stöd och vändhandtag	12205:
Lyftbåge (dävert)	12264H:
Grindskydd (köpes)	12989/31916:
Grindlås (köpes)	12730:
Uppresningsstöd	30333:
Situp-stöd	30403:
Stöd/urstigningshandtag	30402:
Avståndsstöd kortsida	13149:
Avståndsstöd långsida	43494:

MADRASS:

☐ Ingen madrass	
Bas madrass 85	41550
Bas madrass 105	41552
Madrassförläggning 85	41616
Madrassförläggning 105	41618

BETALARE/PRIO:

- ☐ Kostnadstak
- ☐ Enheten debiteras
- Vård i livets slutskede
- Utskrivning från sjukhus

ÖVRIGT:

- ☐ Flytt av bef. säng (745 kr/30 min) 12853
- ☐ Sanitär olägenhet/smitta
- ☐ Hiss med plats för säng (minst 210 cm djup)

OMGIVNING:

Trapp entré, antal:

Trapp inne, antal:

Risk för hot eller våld:

Övrig information:

--