

FÖRFRÅGAN OM TJÄNSTEKÖP

Förfrågan från

Specialiserad vård

Primärvård

Kommun

Förfrågan till

Specialiserad vård

Primärvård

Kommun

Namn och telefonnummer beställande enhet

• **Förfrågan avser patientinsats av**

Yrkeskategori

Patient

Personnummer

Namn

Adress

Telefonnummer

• **Annan insats** _____

Frågeställning

Datum

Förfrågan gjord av

Vid ev. förskrivning av hjälpmedel får följande kundnummer användas _____

Blanketten tillhör hemsjukvårdsavtal, bilaga 4 Regler, rutiner och ersättning tjänsteköp.