

HO nr:

Hämtorder

(Endast för ASIH)

Patient/Mottagare

Personnummer/Vårdenhet: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnr, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Utföres på plats (om annan än ovan)

Namn/Inrättning: _____

Telefon/Mobil: _____

Adress: _____

Postnr, Ort: _____

Kontaktperson

Namn: _____

Telefon/mobil: _____

Annat meddelande:

Hämtorderorsak:

(väljs inget blir prio= "HÖS Transport/Räddningstjänsten")

- HÖS Transport/Räddningstjänsten**
- Normal** (Hämtning från patient/vårdenhet)
- Snabb** (Hämtning från patient/vårdenhet)

Individ-/artikelnummer	Hjälpmedel/Benämning	Antal

Förskrivare/Beställare

Kundnummer: _____

Datum: _____

Namn i klartext: _____

Telefon/Mobil: _____

OBS! Denna skall faxas till HÖS