

**Underlag/stöd inför ansökan om Kostsamt hjälpmedel/
Hjälpmedel utanför sortiment/ Specialanpassning**

Namn:	Förskrivare:
Person nr:	Telefon nr:

Hjälpmedelskonsulent:

Telefon nr:

Problembeskrivning:

Tidigare hjälpmedel som provats/övervägts eller andra typer av åtgärder som provats/övervägts med hjälp av hjälpmedelskonsulent utan att patientens behov kunnat tillgodoses

Motivering till nu föreslagen åtgärd

Ort /Datum: _____

Förskrivare: _____