



Ansökan om/återtagande av förskrivningsrätt för inhalator och PEP/RMT-utrustning för barn < 18 år, listade i centrala länsdelen i Östergötland

Sökandes Namn.....

Mailadress.....

Arbetsplats..... Tel arb.....

Förskrivarkod (om du har kod sedan tidigare).....

**Förskrivaransvar**

Den som förskriver hjälpmedel åtar sig att:

- hålla sig uppdaterad med samt följa länets Regelverk för Hjälpmedelsförskrivning med förskrivningsanvisningar för andningshjälpmedel.
- hålla sig uppdaterad med samt förskriva ur fastställt hjälpmedelssortiment.

Härmed intygas att undertecknad åtar sig förskrivaransvar enligt ovan.

.....  
Sökande

.....  
tjänstetitel

**Arbetsgivaransvar**

Verksamhetsansvarig/arbetsgivare ansvarar för att:

- sökande har rätt kompetens och utbildning för uppdraget.
- sökande deltar i länets förskrivarutbildningar
- återta förskrivningsrätten när sökandes anställning upphör inom aktuellt verksamhetsområde.

Härmed intygas att undertecknad åtar sig arbetsgivaransvar enligt ovan.

.....  
Arbetsgivaransvarig, namnförtydligande

.....  
tjänstetitel

**Ansökan skickas till Emma Czitrom, Barnkliniken, US, Linköping**

**Beslut: Kundnummer 35 30 53 ska uppges vid beställning av inhalator med nebulisator och PEP/RMT-utrustning, hos Sodexo Hjälpmedelsservice**

Härmed godkänns sökande som förskrivare av andningshjälpmedel enligt ovan

Ort..... Datum.....

.....  
Namn

.....  
tjänstetitel

.....  
Hk sign

Ansökan skickas till hjälpmedelskonsult i resp. länsdel för godkännande. Sodexo Hjälpmedelsservice utfärdar en personlig förskrivarkod för godkänd förskrivare.

**Återtagande av förskrivningsrätt** fr o m .....

.....  
Arbetsgivaransvarig

.....  
tjänstetitel

.....  
Hk sign