

**Sökandes Namn**.....

**Mailadress**.....

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

- kommun, ange vilken.....
- Barn- och ungdomshabilitering/Vuxenhabilitering
- förtroendeförskrivare anställd i Region Östergötland
- privatanställd förtroendeförskrivare

**Förskrivarkod** (om du har kod sedan tidigare)..... **Kundnummer:** .....

**Förskrivaransvar**

Den som förskriver hjälpmedel åtar sig att:

- hålla sig uppdaterad med samt följa Östergötlands Regelverk för hjälpmedelsförskrivning; Hjälpmedelsguide och Förskrivningsanvisningar.
- hålla sig uppdaterad med samt förskriva ur fastställt hjälpmedelssortiment.

Härmed intygas att undertecknad åtar sig förskrivaransvar enligt ovan.

.....  
Sökande

.....  
tjänstetitel

**Arbetsgivaransvar**

- Sökande har **Legitimation godkänd av Socialstyrelsen**

Verksamhetsansvarig/arbetsgivare ansvarar för att:

- sökande har rätt kompetens och utbildning för uppdraget.
- sökande genomgår obligatorisk förskrivarutbildning
- förskrivningsrätten återtas när sökandes anställning upphör inom aktuellt verksamhetsområde.

Härmed intygas att undertecknad åtar sig arbetsgivaransvar enligt ovan

.....  
Arbetsgivaransvarig, namnförtydligande

.....  
tjänstetitel

.....  
datum

**Beslut av Hjälpmedelskonsult**

Härmed godkänns sökande som förskrivare av hjälpmedel

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

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