

## BYTE AV HJÄLPMEDELSVERKSAMHET

Jag vill byta **till** Hjälpmedel Stockholm  
Jag vill byta **till** Sodexo Hjälpmedelsservice Stockholm

Patient	
Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, ort
Telefonnummer	

Jag accepterar att informationen jag lämnar kommer att sparas av respektive hjälpmedelsverksamhet.

Förskrivaren ansvarar för att kontakta nuvarande hjälpmedelsverksamhet och upplysa om vilka förskrivna hjälpmedel som fortfarande är aktuella för behovet och ska flyttas över till den nya hjälpmedelsverksamheten.

Datum

Namnteckning

*För barn under 18 år undertecknas blanketten av vårdnadshavare.*

Namnförtydligande

Vid byte **till** Hjälpmedel Stockholm skickas blanketten till:

**Hjälpmedel Stockholm**

Att: Kundansvar

Box 139, 125 23 Älvsjö

Vid byte **till** Sodexo Hjälpmedelsservice skickas blanketten till:

**Sodexo Hjälpmedelsservice**

Att: Sortimentsrådgivning

Domnarvsgatan 16, 163 53 Spånga