

Datum: _____

Beställare		Mottagare	
Namn		Personnr	
Arbetsställe		Namn	
E-post		Adress alt. namn på kommunalt boende	
Telefon		Postadress	Telefon

Kontaktperson för leveransen		Leveransadress
Anhörig/närstående, skola, boende, hemtjänst el liknande		Vårdgivarwebb Västernorrland - Leverans av hjälpmedel (rvn.se)
Telefon	Alt telefon	

Kund (Avdelning, Gruppboende, Skola/Förskola etc)		Fakturaadress
Kundnr/Kostnadsställe		Namn
Namn		Adress
Adress		Postadress
Postadress		Faktura referens/Kostnadsställe

Övriga upplysningar

(monteringsinstruktioner, information av vikt till Transportör angående förhållanden på leveransadressen, tex 3 trappor utan hiss, eventuell portkod. Vid byte av mottagare ange tidigare brukare)

Vård i livets slut
[Vårdgivarwebb Västernorrland - Vård i livets slut \(VILS\) \(rvn.se\)](#)
Utskrivning från sluten Hälso- och sjukvård
[Vårdgivarwebb Västernorrland - Utskrivning från slutenvård \(HEM\) \(rvn.se\)](#)

 Ej ersättningskedja

 Montering

Artikel nr Sesam	Individ nr (gröna etiketten)	Artikelbenämning	Antal	Sam lev	Utlämnad Buffert nr

För att skicka in blanketten använd länk för Säkra meddelanden:

<https://smt.rvn.se/filedrop/hjalpmedelvasternorrland>