

Åtgärdad: _____

Sjukvårds Ex.

Hjälpmedel till Hörselmottagningen

Jag som lämnar in är: Patient / _____

Datum: _____ Mobil nr: _____

Namn: _____

Person nr: _____

Leveransadress: _____

Post nr: _____ Ort: _____

Ange orsak för inlämnandet:

Reparation: _____

Återlämning av hjälpmedel

Leverans av större paket levereras ev. till postombud

Patient Ex.

Information om inlämnat hjälpmedel

Inlämnade hjälpmedel hanteras i turordning snarast möjligt.

- Ditt hjälpmedel kommer skickas till leveransadress/folkbokföringsadress.
- Information om din reparation och avisering skickas via 1177.se eller via SMS.
- Observera att hög arbetsbelastning kan leda till att hantering av hjälpmedel sker på annan ort. Enheterna skickas då till angiven leveransadress efter reparation.

Vid frågor vänligen kontakta oss

Tele: 010-476 19 20

Mån-fre Kl. 08:00-10:00

Hörselmottagningen Halland