

Registrering förskrivare LMN (Både vid början, flyttning eller avslut av tjänst)

För rätt registrering krävs ifyllnad av alla uppgifter nedan.

Namn: (För- och efternamn)	
Användarnamn (LKL-id anställda Region Kalmar län): (Gäller interna kunder och hälsovalskunder)	
HSA-Id (användarens id i HSA-katalogen)	
Telefon arbetet:	
Arbetsplats:	
Adress arbetet:	
E-postadress:	

Ange vilken förvaltning användaren tillhör samt ange Visma kundnr:

Förskrivning förbrukningsartiklar/livsmedel produkter

HSF (kostnadsställe 18580) Hälsoval gemensamt PV (kostnadsställe 42800)

Visma kundnr:

Ange förskrivningsrätt för:	Ange profession:	
<input type="checkbox"/> Inkontinenshjälpmedel	<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Audionom
<input type="checkbox"/> Diabetikerhjälpmedel	<input type="checkbox"/> Barnmorska	<input type="checkbox"/> Dietist
<input type="checkbox"/> Livsmedel för speciella medicinska ändamål (Nutrition)	<input type="checkbox"/> Logoped	<input type="checkbox"/> Läkare
<input type="checkbox"/> Tillbehör (ex peg, slang mm) till livsmedel för speciella medicinska ändamål	<input type="checkbox"/> Sjuksköterska	<input type="checkbox"/> Synpedagog
<input type="checkbox"/> Hem-/påsdialys	<input type="checkbox"/> Sjukgymnast/Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Tandläkare

Giltigt from: _____ Giltigt tom: _____

Ovanstående godkänns av verksamhetschef (medicinskt ansvarig)

Datum:	
Namn	Telefonnr
	E-postadress

1 (1)