

Användaruppgifter

(till vissa webSesam hjälpmedelsverksamheten)

Nyregistrering

Ändring
(ange LKL-Id)

Avregistrering
(ange LKL-Id)

Förskrivare

Beställare

Namn:

(För- och efternamn) _____

Befattning: _____

HSA-Id: _____

Användarnamn (LKL-id anställda Region Kalmar län):

(Gäller interna kunder och hälsovalskunder)

Telefon arbetet: _____

Mobilnr

arbetet: _____

Adress arbetet: _____

E-post arbetet: _____

Ska vara behörig att beställa till (ange kundnummer och kundnamn):

Om förskrivare ange Profession:

Arbetsterapeut

Audionom

Barnmorska

Dietist

Logoped

Läkare

Sjuksköterska

Synpedagog

Sjukgymnast/Fysioterapeut

Tandläkare

(ev. meddelande)

Giltigt from: _____

Giltigt tom: _____

Ovanstående godkännes av verksamhetschef, arbetsledare eller motsvarande

Datum: _____

Namn

Telefonnr

E-postadress