

## BESTILLING AV BEHANDLINGSHJELPEMIDDEL

Pasientnavn/fødselsnummer/identifikasjon

Bestillingsskjemaet gjelder  
behandlingshjelpemiddel som betales av sykehus.  
For ortopediske hjelpemidler der det søkes dekning  
fra folketrygden, benyttes NAV rekvisisjonsskjema

**Lehma-protese**  Høyre  Venstre  Femur  Kne.ex  Legg

Omkrets lår  Sko-  Høyde tuber  Ved leggamputasjon:   
Oppe  størrelse  til gulv  høyde stumpende til gulv

**Hofteortose**  Høyre  Venstre Omkrets midje  Omkrets midt på lår

**Hælsko/  
behandlingssko**  Høyre  Venstre Sko-størrelse

**Trepunktskorsett**  S/M  L/XL **Andre korsett** –beskriv under «annet»

**Annet** (beskriv)

### Bestiller

Navn  Tlf

Avdeling/sykehus

E-post (for bekreftelse)

Fyll ut og send til Trøndelag Ortopediske Verksted, postboks 3250 Torgarden, 7006 Trondheim eller  
fax 72 82 91 59. Hvis bestillingen sendes pr e-post til post@tov.no. skal pasientens navn eller fødselsnummer ikke  
påføres skjemaet. I stedet påføres da bestillers direktetelefonnummer.