BESTILLING AV BEHANDLINGSHJLPEMIDDEL

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

Fyll ut og send til Trøndelag Ortopediske Verksted i internposten eller til post@tov.no. Hvis bestillingen sendes pr. e-post skal pasientens navn eller fødselsnummer ikke påføres skjemaet. I stedet påføres TOV sitt ordrenummer eller HP-PID

Pasientnavn/Fødselsnummer/Ordrenummer/HP-PID

 **KJENT SMITTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LEHMA-PROTESE: ☐** Høyre **☐** Venstre **☐** Femur **☐** Kne. Ex **☐** Legg

Omkrets lår oppe: **\_\_\_\_\_\_\_** Sko-størrelse: **\_\_\_\_\_\_\_** Høyde tuber til gulv: **\_\_\_\_\_\_\_**

Ved leggamputasjon: Høyde stumpende til gulv: **\_\_\_\_\_\_\_**

**HOFTEORTOSE: ☐** Høyre **☐** Venstre Omkrets midje: **\_\_\_\_\_\_\_** Omkrets midt på lår: **\_\_\_\_\_\_\_**

**DROPPFOTORTOSE: ☐** Høyre **☐** Venstre Sko-størrelse: **\_\_\_\_\_\_\_** Omkrets midt på legg: **\_\_\_\_\_\_\_**

**HÆLSKO/BEHANDLINGSSKO: ☐** Høyre **☐** Venstre Sko-størrelse: **\_\_\_\_\_\_\_**

**TREPUNKSKORSETT:** Høyde: **\_\_\_\_\_\_\_** Vekt: **\_\_\_\_\_\_\_** **ANDRE KORSETT**: beskriv under «annet»

ANNET:

 **BESTILLER:**

|  |
| --- |
| **NAVN:** |
| **TELEFON:** |
| **DATO FOR BESTILLINGEN:** |
| **AVDELING/SYKEHUS:** |
| **E-POST (FOR BEKREFTELSE)** |