Ansökan om Hemsjukvård och/eller Hjälpmedel för tillfälliga besökare

Inskickad utan bank-id 11/10/2026

KLIPPANS KOMMUN

Patientens personuppgifter

	Förnamn	Efternamn
	Personnummer	
	Vistelseadress i Klippan	
	Postnummer i Klippan	Ort i Klippan
	Bosättningsadress	
	Postnummer	Postort
	Mobiltelefon	
	E-post	

Ange period för när verkställighet ska ske

Datum från	Datum till

☐ Jag behöver hemsjukvård

☐ Jag behöver hjälpmedel

Närstående/ legal företrädare

	Förnamn	Efternamn
	Mobilnummer	Telefonnummer (även riktnr)

Samtycke till inhämtning av uppgifter

Den enskilde brukaren samtycker till beställning samt till att personuppgifter lämnas till Klippans kommun för handläggning

☐ Ja

☐ Nej

Ansökan om Hemsjukvård och/eller Hjälpmedel för tillfälliga besökare

Inskickad utan bank-id 11/10/2026

KLIPPANS KOMMUN

Hjälpmedel

Ordinarie hjälpmedel enligt HSL, ange ett ordinerat hjälpmedel per rad

Modell (eller likvärdigt)	Storlek	Antal
Modell (eller likvärdigt)	Storlek	Antal
Modell (eller likvärdigt)	Storlek	Antal
Modell (eller likvärdigt)	Storlek	Antal
Modell (eller likvärdigt)	Storlek	Antal

Förskivare	
Namn	Titel
Telefon	E-post adress

Kan brukaren hämta/ återlämna hjälpmedel på rehabenheten i Klippans kommun?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Behövs utprovning eller bedömning i brukarens bostad?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Vem betelar hyran av hjälpmedel?

- ☐ Den enskilde
- ☐ Bostättningskommunen
- ☐ Landstinget

Hemsjukvård

Ange insatser samt tidsåtgång i minuter

Bifoga handlingar, som aktuella ordinationer, hälsohistoria och/ eller annan information som är relevant för utförandet.

Ansökan om Hemsjukvård och/eller Hjälpmedel för tillfälliga besökare

Inskickad utan bank-id 11/10/2026

Uppgifter bosättningskommun	
Kommunens namn	Kommunens organisationsnummer
Beställarens namn	Beställarens befattning
Beställarens telefonnummer	E-post
Bifoga bosättningskommunens ersättningsmodell	
Fakturaadress bostättningskommun med eventuell fakturareferens.	

Signatur
Datum
Underskrift
Namnförtydligande