

Flytt från Region Stockholm

Patient

Personnummer:	Namn:
Ny adress:	
Postnummer:	Ort:
Telefonnummer (helst mobilnummer):	
Eventuell kontaktperson:	Telefonnummer till kontaktperson:
Planerat flyttdatum/folkbokföring:	

Förskrivare Region Stockholm

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

Förskrivare i nya länet

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

Hjälpmedel som patienten önskar ta med vid flytt

Hjälpmedel som återlämnas i samband med flytt

Ifylld blankett skickas till:

Rådgivning
Sodexo Hjälpmedelsservice
174 88 Sundbyberg