**SKJEMA FOR REPARASJON OG DEMONTERING**



NAV Hjelpemiddelsentral Agder

4790 LILLESAND

E-post: [nav.hot.agder.teknisk@nav.no](mailto:nav.hjelpemiddelsentral.agder.teknisk@nav.no) Dato: \_\_\_\_/\_\_\_\_- 20\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BRUKER:** | | **KONTAKTPERSON VED REPARASJON:** | |
| NAV-brukernummer |  | Navn |  |
| Initialer |  | Arbeidssted |  |
| Kommune |  | Tlf.nr/Mob. |  |
| Annet |  | E-post adr. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REPARASJONSADRESSE:** | | **HJELPEMIDDEL:** | |
| Sted for reparasjon | Sendes HMS for rep | Produktnavn  (type hj.middel) |  |
| Er hjelpemiddelet nødvendig for at bruker skal komme på, og/eller være i, arbeid/utdanning? | JA \_\_\_\_ (sett kryss)  NEI \_\_\_\_ (sett kryss) | Art.nr og Individnr.  (Se grå merkelapp på hjelpemiddel) |  |
| **SKAL HJELPEMIDDELET SENDES INN TIL HJELPEMIDDELSENTRALEN MÅ HJELPEMIDDELET HYGIENEMESSIG VÆRE RENGJORT DERSOM DET ER MER ENN NORMALT TILSMUSSET. VED SMITTEFARE SKAL DET UTFØRES DESINFEKSJON MED PÅFØLGENDE KARANTENETID PÅ 7 DAGER FØR HJELPEMIDDELET SENDES INN TIL HJELPEMIDDELSENTRALEN** | | | |

|  |
| --- |
| **OPPGAVE BESKRIVELSE:** |
|  |

|  |
| --- |
| **UTFØRT ARBEID:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BESTILLER / REKVIRENT (Alle felt fylles ut)** | | | |
| Navn | Dato: | Telefon/Mob.nr | E-post |
|  |  |  |  |