**SKJEMA FOR REPARASJON OG DEMONTERING**



NAV Hjelpemiddelsentral Agder

4790 LILLESAND

E-post: nav.hot.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 |
|       |        |        |       |