**ANTIDECUBITUSMADRASS**

**KONTAKT OCH BESTÄLLNINGSINFO**

|  |  |
| --- | --- |
| SSK som beställer: |  |
| Fax till beställare:  |  |
| Patient namn: |  |
| Patient personnr: |  |
| Lev. Adress: Telefon nr: Ev. Boende/avdelning: |  |

**BESTÄLLNING AV NY MADRASS**

|  |  |
| --- | --- |
| Anledning: |  |
| Poäng nortonskala:  |  |
| Madrass typ: |  |
| Brådskande (ange orsak): |  |

**HÄMTNING AV MADRASS**

|  |  |
| --- | --- |
| Inventarienummer madrass: |  |
| Anledning: Vad ska åtgärdas?  | ▢ Väl fungerande. Patient behöver inte madrass▢ Sönder. Beskriv vad som ska åtgärdas (OBS! Arbetsorder faxas till svar, ska sättas på madrass som ska returneras).  |
| Behövs en ny madrass? | ▢ **JA**. Fyll i ovan på beställning ny madrass▢ **NEJ** |

Blankett faxas till: Vellinge hemsjukvård, 010-1503330.