Dato:

Bruker:

NAV Hjelpemiddelsentral:

Tilpasning anvist av:

Type produkt/modellbetegnelse:

Serienr.:

Ordrenr.:

Sunrise Medicals representant:

Kort beskrivelse av tilpasningen:

☐ Vedlegg:

Risikovurdering:

Vil tilpasningen påvirke sluttproduktet i forhold til følgende:

☐ Klemfare
☐ Stabilitet
☐ Tyngdepunkt
☐ Antennelighet

Ved kryss i en eller flere av rutene over, skal rutine for individuell tilpassing benyttes.

Dato:	
Navn Sunrise Medicals representant:	Navn den som har anvist tilpasningen:
Signatur Sunrise Medicals representant:	Sign den som har anvist tilpasningen:

NULLSTILL SKJEMA

SEND SOM E-POST