

**FOLKETRYGDEN****Ortopediske hjelpemidler**Sendes  
NAV lokalt**Side 1**Vennligst les orienteringen  
på siste side før utfyllingen**Krav om stønad til anskaffelse av:**

Protese

Ortose

Fotseng

Ortopedisk fottøy

Mottatt (dato)

J.nr./Reg.edb

**1 Opplysninger om medlemmet (pasienten)**

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer, (11 siffer)	1.3 Bokommune	
1.4 Adresse	1.5 Telefonnummer	1.6.1 Første gangs anskaffelse	1.6.2 Fornyelse
1.7 Postnummer og poststed	1.8 Hjelpemidlet skal leveres av		

**2 Legeerklæring**

2.1 Diagnose (opprinnelig) – diabetes, traume, polio o.l.	2.2 ICD/10 =
2.3 Årsak til behov – amputasjon, parese, paralyse, feilstilling, deformitet, sårprofylakse, annet	
2.4 Gi en kort beskrivelse av funksjonsforstyrrelsene i støtte- og bevegelsesapparatet. Hvis behovet for hjelpemidlet ikke fremgår klart av felt 2.3, må behovet begrunnes her.	

**3 Nærmere beskrivelse av hjelpemidlet mv.**

3.1					
3.2 Kan medlemmet få fullmakt til selv å søke om stønad ved eventuell fornyelse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja 	For 5 år <input type="checkbox"/>	For 10 år <input type="checkbox"/>

**4 Opplysninger om rekvirenten og underskrift**

4.1 Undertegnede rekvirent er:	4.1.1 Spesialist i ortopedisk kirurgi <input type="checkbox"/>	4.1.2 Spesialist i revmatologi <input type="checkbox"/>	4.1.3 Spesialist i nevrologi <input type="checkbox"/>	4.1.4 Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering <input type="checkbox"/>
	4.1.5 Spesialist i indremedisin <input type="checkbox"/>	4.1.6 Spesialist i pediatri <input type="checkbox"/>	4.1.7 Sykehuslege m/ fullmakt <input type="checkbox"/>	
4.2 Rekvirentens ID-nummer	4.3 Dato, rekvirentens stempel, underskrift og adresse			

**5 Medlemmets (pasientens) underskrift**

Jeg samtykker i at opplysningene på denne blanketten kan gjøres kjent for leverandør/ortopedisk verksted. Jeg bekrefter også at hjelpemidlet er ønsket, og at jeg er motivert for å ta det i bruk.	Dato og underskrift
--	---------------------

**6 NAV lokalts vedtak**

NAV lokalt gir refusjon for de hjelpemidlene som er nevnt i felt 3. Vedtaket gjelder også nødvendige reparasjoner som kan dekkes etter gjeldende regelverk, og som ikke dekkes av vanlig salgsgaranti.	Refusjonskravet avslås. Begynnelse for avslaget følger vedlagt.
Dato, kontorets stempel og underskrift	Vedtaket registrert EDB
	Dato
	Sign.

Protese

Ortose

Fotseng

Ortopedisk fottøy

Mottatt (dato)

J.nr./Reg.edb


### 1 Opplysninger om medlemmet (pasienten)

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer, (11 siffer)	1.3 Bokommune	
1.4 Adresse	1.5 Telefonnummer	1.6.1 Første gangs anskaffelse	1.6.2 Fornyelse
1.7 Postnummer og poststed	1.8 Hjelpemidlet skal leveres av		

### 2 Legeerklæring

2.1 Diagnose (opprinnelig) – diabetes, traume, polio o.l.	2.2 ICD/10 =
2.3 Årsak til behov – amputasjon, parese, paralyse, feilstilling, deformitet, sårprofylakse, annet	
2.4 Gi en kort beskrivelse av funksjonsforstyrrelsene i støtte- og bevegelsesapparatet. Hvis behovet for hjelpemidlet ikke fremgår klart av felt 2.3, må behovet begrunnes her.	

### 3 Nærmere beskrivelse av hjelpemidlet mv.

3.1					
3.2 Kan medlemmet få fullmakt til selv å søke om stønad ved eventuell fornyelse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja 	For 5 år <input type="checkbox"/>	For 10 år <input type="checkbox"/>

### 4 Opplysninger om rekvirenten og underskrift

4.1 Undertegnede rekvirent er:	4.1.1 Spesialist i ortopedisk kirurgi <input type="checkbox"/>	4.1.2 Spesialist i revmatologi <input type="checkbox"/>	4.1.3 Spesialist i nevrologi <input type="checkbox"/>	4.1.4 Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering <input type="checkbox"/>
	4.1.5 Spesialist i indremedisin <input type="checkbox"/>	4.1.6 Spesialist i pediatri <input type="checkbox"/>	4.1.7 Sykehuslege m/ fullmakt <input type="checkbox"/>	
4.2 Rekvirentens ID-nummer	4.3 Dato, rekvirentens stempel, underskrift og adresse			

### 5 Medlemmets (pasientens) underskrift

Jeg samtykker i at opplysningene på denne blanketten kan gjøres kjent for leverandør/ortopedisk verksted. Jeg bekrefter også at hjelpemidlet er ønsket, og at jeg er motivert for å ta det i bruk.	Dato og underskrift
--	---------------------

### 6 NAV lokalts vedtak

NAV lokalt gir refusjon for de hjelpemidlene som er nevnt i felt 3. Vedtaket gjelder også nødvendige reparasjoner som kan dekkes etter gjeldende regelverk, og som ikke dekkes av vanlig salgsgaranti.				<input type="checkbox"/> Refusjonskravet avslås.
Dato, kontorets stempel og underskrift	Vedtaket registrert EDB	Dato	Sign.	

# FOLKETRYGDEN

Vennligst les orienteringen på siste side før utfyllingen

## Ortopediske hjelpemidler

Krav om stønad til anskaffelse av:

Protese

Fotseng

Ortose

Ortopedisk fottøy

Sendes medlemmet

Side 3

Til dokumentasjon

Mottatt (dato)

J.nr./Reg.edb

### 1 Opplysninger om medlemmet (pasienten)

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer, (11 siffer)	1.3 Bokommune
1.4 Adresse	1.5 Telefonnummer	1.6.1 Første gangs anskaffelse <input type="checkbox"/> 1.6.2 Fornyelse <input type="checkbox"/>
1.7 Postnummer og poststed	1.8 Hjelpemidlet skal leveres av	

### 2 Legeerklæring

2.1 Diagnose (opprinnelig) – diabetes, traume, polio o.l.	2.2 ICD/10 =
2.3 Årsak til behov – amputasjon, parese, paralyse, feilstilling, deformitet, sårprofylakse, annet	
2.4 Gi en kort beskrivelse av funksjonsforstyrrelsene i støtte- og bevegelsesapparatet. Hvis behovet for hjelpemidlet ikke fremgår klart av felt 2.3, må behovet begrunnes her.	

### 3 Nærmere beskrivelse av hjelpemidlet mv.

3.1
3.2 Kan medlemmet få fullmakt til selv å søke om stønad ved eventuell fornyelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja <input type="checkbox"/> ➔ <input type="checkbox"/> For 5 år <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> For 10 år

### 4 Opplysninger om rekvirenten og underskrift

4.1 Undertegnede rekvirent er:	4.1.1 Spesialist i ortopedisk kirurgi <input type="checkbox"/>	4.1.2 Spesialist i revmatologi <input type="checkbox"/>	4.1.3 Spesialist i nevrologi <input type="checkbox"/>	4.1.4 Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering <input type="checkbox"/>
	4.1.5 Spesialist i indremedisin <input type="checkbox"/>	4.1.6 Spesialist i pediatri <input type="checkbox"/>	4.1.7 Sykehuslege m/ fullmakt <input type="checkbox"/>	
4.2 Rekvirentens ID-nummer	4.3 Dato, rekvirentens stempel, underskrift og adresse			

### 5 Medlemmets (pasientens) underskrift

Jeg samtykker i at opplysningene på denne blanketten kan gjøres kjent for leverandør/ortopedisk verksted. Jeg bekrefter også at hjelpemidlet er ønsket, og at jeg er motivert for å ta det i bruk.	Dato og underskrift
--	---------------------

### 6 NAV lokalts vedtak

NAV lokalt gir refusjon for de hjelpemidlene som er nevnt i felt 3. Vedtaket gjelder også nødvendige reparasjoner som kan dekkes etter gjeldende regelverk, og som ikke dekkes av vanlig salgsgaranti.	Refusjonskravet avslås. Begynnelse for avslaget følger vedlagt.		
Dato, kontorets stempel og underskrift	Vedtaket registrert EDB	Dato	Sign.

Protese <input type="checkbox"/>	Ortose <input type="checkbox"/>
Fotseng <input type="checkbox"/>	Ortopedisk fottøy <input type="checkbox"/>

Mottatt (dato)	J.nr./Reg.edb
----------------	---------------

## 1 Opplysninger om medlemmet (pasienten)

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer, (11 siffer)	1.3 Bokommune
1.4 Adresse	1.5 Telefonnummer	1.6.1 Første gangs anskaffelse <input type="checkbox"/> 1.6.2 Fornyelse <input type="checkbox"/>
1.7 Postnummer og poststed	1.8 Hjelpemidlet skal leveres av	

## 2 Legeerklæring

2.1 Diagnose (opprinnelig) – diabetes, traume, polio o.l.	2.2 ICD/10 =
2.3 Årsak til behov – amputasjon, parese, paralyse, feilstilling, deformitet, sårprofylakse, annet	
2.4 Gi en kort beskrivelse av funksjonsforstyrrelsene i støtte- og bevegelsesapparatet. Hvis behovet for hjelpemidlet ikke fremgår klart av felt 2.3, må behovet begrunnes her.	

## 3 Nærmere beskrivelse av hjelpemidlet mv.

3.1					
3.2 Kan medlemmet få fullmakt til selv å søke om stønad ved eventuell fornyelse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja 	For 5 år <input type="checkbox"/>	For 10 år <input type="checkbox"/>

## 4 Opplysninger om rekvirenten og underskrift

4.1 Undertegnede rekvirent er:	4.1.1 Spesialist i ortopedisk kirurgi <input type="checkbox"/>	4.1.2 Spesialist i revmatologi <input type="checkbox"/>	4.1.3 Spesialist i nevrologi <input type="checkbox"/>	4.1.4 Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering <input type="checkbox"/>
	4.1.5 Spesialist i indremedisin <input type="checkbox"/>	4.1.6 Spesialist i pediatri <input type="checkbox"/>	4.1.7 Sykehuslege m/ fullmakt <input type="checkbox"/>	
4.2 Rekvirentens ID-nummer	4.3 Dato, rekvirentens stempel, underskrift og adresse			

## 5 Medlemmets (pasientens) underskrift

Jeg samtykker i at opplysningene på denne blanketten kan gjøres kjent for leverandør/ortopedisk verksted. Jeg bekrefter også at hjelpemidlet er ønsket, og at jeg er motivert for å ta det i bruk.	Dato og underskrift
--	---------------------

## 7 Legeregning

Legeregning på NAV 05-04.05 bes sendt NAV lokalt der pasienten bor, eventuelt NAV Helsetjenesteforvaltning.

# ORIENTERING

## Vilkår for refusjon

Det ytes stønad til dekning av utgifter til anskaffelse, fornyelse og vedlikehold av proteser, ortoser og ortopedisk fottøy. Det er da en forutsetning at det foreligger rekvisisjon fra spesialist i ortopedisk kirurgi, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller fra sykehus- lege med fullmakt til å utferdige slik rekvisisjon. Det er også en forutsetning at brukeren er medlem av folketrygden og har rett til stønaden etter regelverket, og at hjelpemidlet ikke er et behandlingshjelpemiddel eller et teknisk hjelpemiddel.

Ortoser og ortopedisk fottøy kan også rekvireres av spesialist i nevrologi, revmatologi eller indremedisin – alt etter hvilken tilstand som gjør anskaffelsen nødvendig. Spesialist i pediatri kan rekvirere ortoser i barnets første leveår.

Det forutsettes at rekvirerende lege sørger for at det ortopediske hjelpemidlet blir bestilt. (Se neste avsnitt.) Dersom leverandøren av hjelpemidlet velger å begynne med arbeidet før NAV lokalt sitt vedtak foreligger, skjer det på eget ansvar.

Arbeids- og velferdsdirektoratet skal inngå avtale med ortopediske verksteder om levering av og priser på ortopediske hjelpemidler. Det gis godtgjørelse bare for utgifter til ortopediske hjelpemidler som er levert av verksteder i henhold til slik avtale.

## Bruk av blankettsettet

Legen fyller ut blankettsettet og beholder side 4 til pasientens journal. Side 1, 2 og 3 sendes til NAV lokalt i medlemmets bokommune. Legeregning på NAV 05-04.05 sendes NAV Helsetjenesteforvaltning.

NAV lokalt påfører sin beslutning på blanketten og sender side 3 til medlemmet, og side 2 til det ortopediske verkstedet. Side 1 beholdes av NAV lokalt.

Når hjelpemidlet er levert skal side 2 oversendes NAV Helsetjenesteforvaltning sammen med ferdigattest på blankett NAV 10-07.12. Dette skjer etter at regningen er oversendt NAV Helsetjenesteforvaltning i elektronisk format.