Ansvar vid lån av hjälpmedel

Du har fått hjälpmedel utprovat av en förskrivare i Ystad Kommun som du får låna så länge behovet finns. De är individuellt utprovade och får inte lånas ut eller överlåtas till annan person. Förskrivare har rätt att återta hjälpmedel utifrån förnyad bedömning av hjälpmedelsbehov.

*Ditt* ansvar under lånetiden:

* Förvara hjälpmedlet på ett tryggt och säkert rätt.
* Följ förskrivarens instruktioner/anvisningar samt medföljande bruksanvisning.
* Utför daglig skötsel och renhållning.
* Vid behov av justeringar eller reparationer ska ansvarig förskrivare kontaktas.
* Om ditt behov förändras ska du kontakta ansvarig förskrivare.
* Anmäl planerad flytt i god tid.
* Du bekostar själv förbrukningsartiklar som tillhör hjälpmedlet som till exempel batterier.

*Observera att vid skada, åverkan eller bortkommet hjälpmedel är du ersättningsskyldig restvärdet av inköpspriset på hjälpmedlet.*

Skador som uppkommer i din bostad vid användande av ditt hjälpmedel och som inte är orsakade av felaktigheter i hjälpmedlets funktion eller kvalité, ersätts inte av kommunen.

Se därför över ditt hemförsäkringsskydd vid lån av hjälpmedel.

Återlämning av hjälpmedel:

* När du inte längre är i behov av dina hjälpmedel, återlämnar du dem **väl rengjorda** till Hjälpmedelsförrådet, Spaljégatan 10. Vid hämtning som sker av Ystad kommun utgår en **avgift på 500 kr**.
* Vårdsäng hämtas alltid av Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, det är inte möjligt att återlämna denna själv, kostnad 500 kr.
* Förrådet är öppet vardagar mellan 8:00 och 14:00.
* Skulle inte personal vara närvarande, går det bra att märka hjälpmedlen med namn och personnummer och ställa in det på anvisad plats.

***Vägbeskrivning*** till Spaljégatan 10, Hjälpmedelsförrådet

Om du kommer från Malmövägen- kör in på Missunnavägen, sväng höger vid andra infarten vid skylten ”Hjälpmedelsförråd – återlämning”. Följ vägen och håll till vänster där vägen delar sig. Kör ner till vändplatsen och lämna in hjälpmedlen vid dörren till höger, som är markerad med skylten ”Återlämning hjälpmedel”.

Förskrivare:…………………………………….. tel:……………………………..

Leg. Arbetsterapeut/ Leg Fysioterapeut