

HENVISNING TIL:

Til EAN-nr.



☎ 87 42 51 00
www.bandagist-centret.dk
sikker@bandagist.nu

Patientens navn:	
CPR-nr.:	Telefon:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Diagnose:	
Hjælpemidlets art:	
<input type="checkbox"/> Ovennævnte hjælpemiddel indgår som direkte led i behandlingen og betales af sygehuset/institutionen.	
<input type="checkbox"/> Ovennævnte hjælpemiddel er til varig brug, som skal ansøges hos kommunen. Husk udfyldelse af blanket LÆ 165.	
<input type="checkbox"/> Ovennævnte hjælpemiddel betales af patienten selv.	
Henvisende læge (stempel):	
Dato: _____ Underskrift: _____	

Aftal venligst tid på ☎ 87 42 51 00