

Henvisning til Sahva

(Udfyldes af henvisende læge / behandler)



Bestil tid til konsultation på tlf.: 7011 0711

Patientens navn:	
CPR-nummer:	Telefon:
Adresse:	Email:
Postnr:	By:
Diagnose:	
Type af hjælpemiddel:	
☐ Hjælpemidlet indgår i et behandlingsforløb og betales af sygehus / institution. ☐ Hjælpemidlet er til varigt brug. Husk også at udfylde <u>blanket LÆ 165</u> . ☐ Der er søgt om bevilling ☐ Der skal søges om bevilling ☐ Patienten betaler selv	
Henvisende læge / behandler (stempel):	
Dato:	Underskrift: