

Sendes til bevilgende myndighed	Udfyldes af bevilgende myndighed	
	Modtaget dato	Journalnummer
	Sagsbehandler: Navn og lokalnummer	
<b>Ansøgning om hjælpemiddel</b>		

## 1. Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer

## 2. Søger om

<input type="checkbox"/> Benprotese	<input type="checkbox"/> Benortose	<input type="checkbox"/> Benbandage	<input type="checkbox"/> Korset	<input type="checkbox"/> Indlæg
<input type="checkbox"/> Armprotese	<input type="checkbox"/> Armortose	<input type="checkbox"/> Armbandage	<input type="checkbox"/> Brystprotese	<input type="checkbox"/> Andet

Beskrivelse af hjælpemiddel, herunder type og pris, stk. eller par

## 3. Helbredsforhold

Hvilken varig lidelse er årsag til ansøgningen
Hvor og hvornår er De herfor undersøgt/behandlet (anfør sygehus/speciallæge, læge)
Deres alment praktiserende læges navn og telefonnummer

Er De medlem af sygeforsikringen "Danmark" <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – Gruppe	Skyldes ansøgningen følgerne af et ulykkestilfælde <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
---	--

## 4. Leverandørens kontaktperson

Navn	Dato og underskrift
------	---------------------

## 5. Ansøgerens underskrift

Jeg giver hermed samtykke til, at bevilgende myndighed kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold, når dette har betydning for bevilgende myndigheds behandling af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de myndigheder/sygehuse/læger, der er anført ovenfor under punkt 3.	
Har tidligere fået bevilget samme hjælpemiddel. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    Dato	Underskrift
Dato	