

# Henvisning til Sahva

(Udfyldes af henvisende læge / behandler)

# Sahva

Bestil tid til konsultation på tlf.: 7011 0711

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