

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="radio"/> Protese arm/ben	<input type="radio"/> Ortose arm/ben	<input type="radio"/> Bandage	<input type="radio"/> Korset
<input type="radio"/> Indv. ort. fodtøj	<input type="radio"/> Semi ort. fodtøj	<input type="radio"/> FF fodtøj	<input type="radio"/> Indlæg
<input type="radio"/> Kompr. arm/ben	<input type="radio"/> Kompr. andet	<input type="radio"/> Tilret./rep.	<input type="radio"/> Brystprotese
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:	
Har tidligere fået bevilget samme hjælpemiddel: <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja, dato:	Skyldes ansøgningen følgerne af et ulykkestilfælde: <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja

### 4. Leverandørens kontaktperson

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

### 5. Samtykkeerklæring, tro og loveerklæring og underskrift

<input type="radio"/> Ja, kommunen kan hente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold, hvis det har betydning for behandlingen af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de parter, der er anført ovenfor under punkt 3, og hos kommunens øvrige forvaltninger. Derudover giver jeg mit samtykke til, at kommunen må videregive bevillingsskrivelse og mit personnummer til leverandøren i tilfælde af, at det ansøgte bevilges.
<input type="radio"/> Nej, kommunen må ikke indhente yderligere oplysninger. Jeg er indforstået med, at min ansøgning behandles på basis af de her foreliggende oplysninger.
<input type="radio"/> Jeg erklærer på tro og love, at ovenstående er korrekt.

Dato:	Underskrift:
-------	--------------