

ANSØGNING OM BEFORDRING TIL LÆGE/SPECIALLÆGE

NAVN: _____

PERSONNUMMER: _____

ADRESSE: _____

TELEFONNUMMER: _____

MODTAGER DU FOLKE-/FØRTIDSPENSION?:

JA NEJ

HVORDAN KOMMER DU RUNDT I BYEN, NÅR DU SKAL HANDLE?

GÅ BEN BUS TAXA KØRER SELV

HAR DU KØREKORT?

JA NEJ

ER DER BIL I HUSTANDEN?:

JA NEJ

HVOR LANGT HAR DUTIL NÆRMESTE BUSSTOPPESTED?: _____

BENYTTET DU HJÆLPEMIDLER?:

KØRESTOL ROLLATOR INGEN HJÆLPEMIDLER

ANGIV VENLIGST DE HELBREDSMÆSSIGE BEGRÆNSNINGER TIL, AT DU SØGER OM BEFORDRING:

OBS

DET FREMGÅR AF SUNDHEDSLOVENS §170, STK. 2, AT DER KAN YDES BEFORDRING TIL OG FRA DEN SPECIALLÆGE, DER HAR KONSULTATION NÆRMEST BOPÆLEN.

DATO: _____

UNDERSKRIFT: _____