

Henvisning til:  
**BANDAGIST CENTRET**

87 42 51 00  
sikker@bandagist.nu

Se din nærmeste afdeling på bandagist.nu

Patientens navn:	
CPR-nr.:	Telefon:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Diagnose:	
Hjælpemidlets art:	
<input type="checkbox"/> Ovennævnte hjælpemiddel indgår som direkte led i behandlingen og betales af sygehuset/institutionen. EAN nr: _____	
<input type="checkbox"/> Ovennævnte hjælpemiddel er til varig brug, som der skal ansøges hos kommunen. Husk udfyldelse af blanket LÆ 165.	
<input type="checkbox"/> Ovennævnte hjælpemiddel betales af patienten selv.	
Henvissende læge (stempel):	
Dato: _____ Underskrift: _____	

Aftal venligst tid på tlf. 87 42 51 00

mærk forskellen