

# ForMotion™

BANDAGIST

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-Nr: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_ EAN-nr: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Hjælpemiddel: \_\_\_\_\_

## BETALING AF HJÆLPEMIDDEL

Sygehus betaler hjælpemidlet som led i behandling  
Kommune ansøges om hjælpemiddel til varig brug.  
Husk udfyldelse af blanket LÆ 165  
Patienten betaler selv hjælpemidlet

## HENVISENDE LÆGE

*Underskrift og stempel*

\_\_\_\_\_

AALBORG  
Indkildevej 4 B  
9210 Aalborg SØ  
Tlf.: 82 30 55 05

AARHUS  
Graham Bells Vej 8  
8200 Århus N  
Tlf.: 86 22 05 05

BRØNDBY  
Sognevej 25, bygn. 87  
2605 Brøndby  
Tlf.: 43 53 05 05

ESBJERG  
Tømrrvej 18-20  
6710 Esbjerg  
Tlf.: 76 56 40 60

KOLDING  
C. F. Tietgens Vej 10  
6000 Kolding  
Tlf.: 75 57 40 60

KØGE  
Tigervej 37  
4600 Køge  
Tlf.: 82 30 55 06

ODENSE  
Børstenbindervej 12  
5230 Odense M  
Tlf.: 63 15 05 05

VEJLE  
Vindinggård Ringvej 1  
7100 Vejle  
Tlf.: 86 22 05 05