Ansøgning om øjenprotese

 jf. Lov om Social Service § 112 bek. 1466, jf. §15 stk. 1, bilag 2 punkt 5: Stærkt skæmmende øjenlidelser.

|  |  |
| --- | --- |
| Dato |  |
| Navn |  |
| Cpr |  |
| Adresse |  |
| Telefon nr. |  |

**Øjenprotese**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type |  Akryl  |  |
|  Glas |  |
| Årsag til udskiftning |  |
| Leverandør |  |
| Pris eks/inkl. Moms |  |
| Har du booket tid ved leverandør |  |

|  |
| --- |
| *Ved første ansøgning, anfør hvor der kan indhentes relevante lægeoplysninger vedr. behov for en øjenprotese*  |
| **Erklæring og underskrifter** |
| *Jeg er indforstået med, at Myndighedsafdelingen indhenter relevante helbredsmæssige- og andre oplysninger til brug for behandling af ansøgningen.* |  |  |
| *Dato/underskrift ansøger* |  |