



HENVISNING

- Bandagist
 Håndskomager

Cpr. nr. _____

Fornavn _____

Efternavn _____

Adresse _____

Postnr. & by _____

Tlf. nr. _____

RING VENLIGST OG AFTAL TID

Diagnose:

Ordination:

- Betales af sygehus/institution som direkte led i behandling
- Hjælpemiddel til varig brug, som kommune skal ansøges om.
Er der udfyldt LÆ 165 Ja Nej
- Betales af patienten selv

Randers

Rosengade 4
86 43 21 47

Herning

Jyllandsgade 10
97 21 56 57

Skive

Bilstrupvej 10
97 52 83 77

Grenaa

Storegade 19
86 30 07 18

Ebeltoft

Nørreport 4
86 34 57 66

Års

Messevej 2
86 43 21 47

Skagen

Sct. Laurentiivej 78C
98 42 99 18

Frederikshavn

Barfredsvej 97
98 42 99 18

Dato

Lægens underskrift & stempel