



ANSØGNING OM BEFORDRING TIL LÆGE/SPECIALLÆGE

Navn: _____

Personnummer: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

Modtager du folke/førtidspension: Ja Nej

Hvordan kommer du rundt i byen, når du skal ud at handle?

Gå Ben Bus Taxa Kører selv

Har du kørekort Ja Nej Bil i husstanden Ja Nej

Hvor langt har du til nærmeste busstoppested? _____

Benytter du Kørestol Rollator Ingen hjælpemidler

Angiv venligst de helbredsmæssige begrænsninger til, at du søger om fribefordring:

OBS Det fremgår af sundhedslovens § 170 stk. 2, at der kan ydes befordring til og fra den speciallæge, der har konsultation nærmest bopælen.

Jeg erklærer på tro og love, at der i denne formular, ikke er afgivet urigtige eller vildledende oplysninger.

Dato: _____ Underskrift: _____