

Dato: _____

HENVISNING TIL BANDAGIST

www.ortos.dk | mail@ortos.dk

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Postnr.: _____ By: _____

Diagnose: _____

Hjælpe middel: _____

BETALING AF HJÆLPEMIDDEL

- Sygehus betaler hjælpe midlet som led i behandling
- Kommune ansøges om hjælpe middel til varig brug.
Husk udfyldelse af blanket LÆ 165
- Patienten betaler selv hjælpe middel

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

Tømrervej 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