

Ansøgning om inkontinens hjælpemiddel efter lov om social service §112

Har du tidligere fået bevilget bleer:

Ja	
Nej	

Hvis ja hvilken læge samt kommune har behandlet bevillingen

--

Helbredsforhold

Hvilken funktionsnedsættelse er årsag til ansøgningen:

--

Skyldes funktionsnedsættelsen en arbejdsskade eller patientskade:

Ja	
----	--



Nej	
Ved ikke	

Hvor og hvornår er du undersøgt/behandlet for din inkontinens (anfør sygehus/speciallæge, læge):

--

Er din funktionsnedsættelse varig:

Ja	
Nej	
Ved ikke	

Samtykke:

Jeg giver hermed vallensbæk kommune samtykke til at indhente lægeoplysninger der kan ligge til grund for denne ansøgning

Ja	
Nej	



Ansøgerens oplysninger:

Navn/efternavn
Adresse
Postnummer/By
Cpr. Nr.
Dato
Underskrift