

Ansøgning om øjenprotese

Tlf. 58 57 57 60
e-mail: syn-csu@slagelse.dk

Center for
Specialundervisning
Rosenkildevej 88 B
4200 Slagelse



Center for Specialundervisning
Rosenkildevej 88 B
4200 Slagelse

1. Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer

Øjenprotesens art
Venstre øje <input type="checkbox"/> Højre øje <input type="checkbox"/>
Polering:
Leverandør:
Evt. dato for aftale med leverandør:
Har De tidligere fået bevilget øjenprotese: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvorfor søger De ny øjenprotese:
Årsag til De har fået fjernet Deres øje:

2. Andre oplysninger

Hvem er Deres øjenlæge	Navn:
------------------------	-------

3. Dato og underskrift

Undertegnede er indforstået med, at CSU-Slagelse indhenter foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af ansøgningen. Oplysningerne vil blive elektronisk registreret.	
Dato:	Ansøgers underskrift