



Navn:	Personnummer:
Adresse:	Tlf.

Hjælpe midlets art:	
Har De tidligere fået bevilget samme hjælpemiddel?	
Hvis ja, hvorfor søges nyt hjælpemiddel?	
Bandagistleverandør: Bandagist Jan Nielsen A/S Frederiksborggade 23, DK-1360 København K Tlf. 33 11 85 57, E-mail: klinik@bjn.dk	

Hvilken lidelse er årsag til ansøgningen?		
Hvor og hvornår er De senest undersøgt eller behandlet for lidelsen?		
Hvem er Deres læge?	Navn	

Ja	Jeg giver hermed mit samtykke til, at kommunen kan indhente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold og økonomiske forhold, når dette har betydning for kommunens behandling af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de myndigheder/sygehuse/læger, der er anført ovenfor under pkt. 3 samt hos egen praktiserende læge.
Nej	Jeg ønsker ikke at give kommunen mit samtykke til at indhente yderligere oplysninger. Jeg er indforstået med, at min ansøgning dermed behandles på basis af de her foreliggende oplysninger.
Jeg er vidende om mine pligter og rettigheder med hensyn til oplysningspligt m.v. som angivet i afsnittet om persondataloven på side 2.	
Dato	Underskrift