



Sendes til kommunen	Udfyldes af kommunen	
Lemvig Kommune Rådhusgade 2 7620 Lemvig	Modtaget dato	Journalnummer
	Ansøgning om kørsel til læge, speciallæge og genoptræning (sundhedslovens § 170)	

Ansøgers navn og adresse

Navn	Personnummer
Adresse	
Postnummer	Telefonnummer
Modtager du pension	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvilken sygesikringsgruppe tilhører du? (det står på dit sundhedskort)	Gruppe 1 <input type="checkbox"/> Gruppe 2 <input type="checkbox"/>
Læge	

Hvorfor kan offentlig inkl. flextur eller eget transportmiddel ikke benyttes?

Beskrivelse af helbredsmæssige årsager – f.eks. svært gangbesværet, svært synshandicappet, demens eller andet

Yderligere oplysninger

Bruger du ganghjælpemidler eller kørestol?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken form for hjælpemidler bruger du?	
Hvor lang er din gangdistance – hvor langt kan du gå?	
Er kørselsbehovet varigt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis nej til varigt behov – hvor lang tid skønner du at have behov for kørsel?	måneder
Er kørselsbehovet regelmæssigt? (kontrolbesøg)	Ugentligt <input type="checkbox"/> Månedligt <input type="checkbox"/> Kvartalsmæssigt <input type="checkbox"/> Andet _____

Ansøgers underskrift

Jeg bekræfter på tro og love, at disse oplysninger er rigtige. Samtidig giver jeg samtykke til, at kommunen må indhente helbredsoplysninger til brug for behandlingen af ansøgningen. Vi forbeholder os ret til, at du eventuelt kan blive bedt om at møde op til en samtale for nærmere vurdering af dit helbred. Du skal selv sørge for transport til samtalen og selv betale for udgifter til transport til samtalen.	
Dato	Underskrift