

Modt. Synsrådgivningen d.: _____

Ansøgning vedr. øjenprotese(r) i.h.t. Servicelovens § 112							
Efternavn:				Fornavn(e):			
Cpr.nr.:				Telefon:			
Adresse							
Postnr.:				By:			
Der søges om: (sæt kryds):							
1 stk. øjenprotese:		Højre:		2 stk. (begge øjne):		Pris:	
NB: Der bevilges IKKE reserveproteser		Venstre:					
Glas:	Acryl:	Polering:	Skalprotese:	Helprotese:	Kontrol/eftersyn		

Årsag til ansøgning/udskiftning (sæt kryds):			
Glas		Acryl	
Alm. slitage (protesen er 2 år gl. eller derover)		Alm. slitage (protesen er 5 år gl. eller derover)	
Andet: (skriv grund- evt. vedlagt bilag):		Andet: (skriv grund- evt. vedlagt bilag):	
Har du været hos øjenlæge hvis du har problemer med protesen		Hvem er din øjenlæge (skriv øjenlægens navn):	
Ja:		Nej:	

Jeg er indforstået med, at Synsrådgivningen indhenter øjenoplysninger til brug for behandling af ansøgningen og at oplysningerne videresendes til min kommune	Dato:
	Ansøgers (eller forældres) underskrift:

For rigtigheden af ovenstående attesteres:			
Dato:	Leverandør (optiker) stempel/underskrift:	Dato:	Protesemagers stempel/underskrift

--

Hvis der er problemer med protesen, skal Synsrådgivningen eller protesemageren kontaktes straks efter du har fået protesen, så den evt. kan ombyttes som reklamation.

Regningen sendes direkte fra protesemageren/optikeren til Synsrådgivningen

Patienten har modtaget øjenprotesen _____

Dato

Underskrift

NB: Skemaet indsendes KUN hvis der er behov for ny protese