Lægeerklæring til Hjælpemidler

Hjælpemidler er blandt andet maskiner, sprøjter, stomi tilbehør, urinposer, inhalator, insulin-pumpe, oxygen og oxygenapparat, søvnapnøapparat med tilbehør, C-pap apparat o.l.
Betingelser for bevilling af hjælpemidler i henhold til § 10 í loven er:

- at hjælpemidlet er i forbindelse med behandlingsforløb
- at ansøger ikke har vedvarende brug for hjælpemidlet
- tilskud bevilges til hjælpemidler der bruges i forbindelse formidling af medicin

Tilskud til kosttilskud, mærkevarer o.l. bevilges i henhold til § 17 í loven om Heilsutrygd. Betingelserne er, at lægen skriver anvisningen i forbindelse med behandling af sygdom eller betydeligt svækkede personer, og at varen er tilskuds berettig i henhold til tilskudsnævnet.
Lægeerklæringen skal udfyldes, underskrives af lægen og sendes til:
Heilsutrygd, Klaksvíksvegur 2, Postboks 52, 710 Klaksvík.

0) Móttøkustempul og nummar

Til brug hos Heilsutrygd

1. Navn og bopæl

1) Navn	2) Cpr.nr
3) Navn (forælder eller værge)	4) Cpr.nr
5) Adresse	6) Telefon nr.
7) Postnr. og by	

2. Lægens forklaring

8) Kort redegørelse af hvad bevillingen er til:

9) Diagnose:

10) Hjælpemidlet bruges (set kryds i og mdr. eller år):

☐ i et behandlingsforløb ☐ til permanent brug ☐ foreløbig i ca. _____ mdr. eller _____ år.

☐ ansøger bor hjemme ☐ ansøger bor (skriv hvor):

11) Kort redegørelse for begrundelsen til bevillingen:

3. Erklæring og underskrift

12) De lægelige oplysninger i denne erklæring er kun til brug af sundhedsvæsnet, og kan kun bruges til det formål der har med sagsbehandlingen af ansøgning til hjælpemidler at gøre.

Lægens stempel:

Dato:

.....

Lægens underskrift