



Sendes til kommunen	Udfyldes af kommunen	
	Modtaget dato	Sagsidentifikation
Erklæring fra fodplejer/fodterapeut		
Bilag til ansøgning om udvidet helbredstillæg til fodbehandling		

Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer

Har ansøger behov for vedvarende fodbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, angiv begrundelse		

Kan behandlingen varetages af pensionisten selv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis nej, angiv begrundelse		

Er behandlingen omfattet af sundhedsloven	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Evt. pris for behandlingen	Kr.	

Er hjemmebehandling nødvendig	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, angiv årsag		

Behandelende fodplejers/fodterapeuts navn og underskrift

Navn og adresse	Dato og underskrift
-----------------	---------------------