

# Ansøgning om øjenprotese

Tlf. 58 57 57 60  
Fax 58 58 57 65

Center for Specialundervisning  
Norgesvej 14  
4200 Slagelse



Center for Specialundervisning  
Norgesvej 14  
4200 Slagelse

## 1. Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer

Øjenprotesens art
Venstre øje <input type="checkbox"/> Højre øje <input type="checkbox"/>
Polering:
Leverandør:
Evt. dato for aftale med leverandør:
Har De tidligere fået bevilget øjenprotese: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvorfor søger De ny øjenprotese:
Årsag til De har fået fjernet Deres øje:

## 2. Andre oplysninger

Hvem er Deres øjenlæge	Navn:
------------------------	-------

## 3. Dato og underskrift

Undertegnede er indforstået med, at CSU-Slagelse indhenter foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af ansøgningen. Oplysningerne vil blive elektronisk registreret.	
Dato:	Ansøgers underskrift