Hvilke transportmidler anvender du i forbindelse med daglige/almindelige indkøb, samt besøg hos venner og familie

Anvender du hjælpemidler (f.eks. rollator, kørestol m.m.)

Dato og underskrift

( ) Sæt kryds ved samtykke. Jeg giver hermed samtykke til, at kommunen kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold, når dette har betydning for kommunens behandling af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos andre myndigheder/sygehuse/læger, eller kan fremskaffes via test hos Fanø Kommunes terapeuter. Såfremt du ikke ønsker at give samtykke til kommunen, vil din sag blive behandlet på basis af de øvrige oplysninger, hvilket kan bevirke afslag på det ansøgte.

4. Samtykkeerklæring og underskrift

Hvad er årsagen til at du søger om taxa-kørsel

3. Helbredsforhold

Har du tidligere fået bevilget befordring Nej Ja

Befordring til egen læge med taxa. Fanø Kommune dække kun transport til nærmest lægepraksis.

2. Befordringsmiddel

Modtaget dato

Journalnummer

**Sendes til**

**Udfyldes af kommunen**

Navn



**FANØ KOMMUNE**Visitationen  
Skolevej 5-7  
6720 Fanø  
Tlf.: 76 660 866

Adresse

Telefonnummer

Personnummer

1. Ansøger

**SUNDHED & ÆLDRE**Visitationen  
Skolevej 5-7  
6720 Fanø

**Ansøgning om befordring**med taxa til egen læge   
 Sundhedsloven § 170