



Ansøgning om fribefordring til praktiserende læge/speciallæge
Ansøgningskemaet skal ikke bruges af personer, der kan tage offentlig transport

Ansøger

Navn:	Personnummer:
Adresse:	Telefonnummer:

Jeg søger fribefordring til (sæt kryds)

<input type="checkbox"/> Læge	<input type="checkbox"/> Speciallæge
-------------------------------	--------------------------------------

Hvilke speciallæger søges befordring til

Navn:	Navn:
Adresse:	Adresse:
Postnr. og by:	Postnr. og by:

Hvorfor kan du ikke bruge offentlig transport – beskriv din helbredsmæssige tilstand

--

Er invaliditeten varig (sæt kryds)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
-----------------------------	------------------------------

Hvis invaliditeten kun er i en begrænset periode, angiv forventet periode

--

Bruges hjælpemidler udendørs (sæt kryds)

Krykke/albuestol <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Manuel kørestol <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Rollator/gangstativ <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	El-køretøj <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej

Oplysninger om behov for hjælp ved transporten m.v. (sæt kryds)

Er det nødvendig med egen ledsager ved transporten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Vogn med lav indstigning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Uden betydning om høj eller lav indstigning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Skal sidde på forsæde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Uden betydning hvor jeg sidder i bilen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Kan du samkøre med andre	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Hvis nej – skriv begrundelsen:		

Dine kørselsmuligheder, f.eks. når du handler ind (sæt kryds)

Egen bil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Taxa	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Liftbil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Hvis anden transportform, skriv hvilke:		

Skemaet sendes til: **Esbjerg kommune, Borgerservice, Fribefordring, Torvegade 74, 6700 Esbjerg**

Jeg giver samtykke til, at Esbjerg kommune, Sygedagpenge efter retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1 må indhente yderligere oplysninger fra min læge.

Til brug for behandlingen af ansøgningen, giver jeg endvidere Sygedagpenge samtykke til at se i mine andre relevante sociale sager, der er registreret i Borger- og arbejdsmarked og Sundhed & omsorg.

Der henvises til Persondatalovens § 6, § 7 og § 8.

Dato	Ansøgers underskrift
------	----------------------