

Supplerende oplysninger til  
ansøgning om  
udvidet helbredstillæg/fodbehandling

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| <b>Navn</b> | <b>Cpr-nummer</b> |
|             |                   |

|                |
|----------------|
| <b>Adresse</b> |
|                |

| <b>Begrundelse for behandlingen</b>      | <b>JA</b> | <b>NEJ</b> |
|--|-----------|------------|
| Har du diabetes?                         |           |            |
| Har du modtaget en henvisning fra lægen? |           |            |
| Kan du selv varetage fodplejen           |           |            |

**Hvis nej, anfør begrundelse:**

|  |
|--|
|  |
|--|

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| <b>Dato</b> | <b>Underskrift</b> |
|             |                    |