

# Ansøgning om handicapkørsel

Bopælskommune: \_\_\_\_\_

Cpr. nr: 

--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--	--	--

Kundenr.: \_\_\_\_\_  
(forbeholdt Movia)

1. Fornavn(e): \_\_\_\_\_ Efternavn: \_\_\_\_\_  
(kaldenavn understreges)

Adresse: \_\_\_\_\_ Etage: \_\_\_\_\_ Bolig: \_\_\_\_\_

Postnr : \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Telefon: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobil: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evt. institutionsnavn: \_\_\_\_\_

2. Adgang til bolig:  Med trin /  Trin løs /  Trapper /  Elevator

3. Beskrivelse af handicapet (funktionsbegrænsning):

4. Navn, adresse og tlf.nr. på egen læge:

5. Anvender følgende hjælpemidler:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alm. Kørestol (max 63 cm bred) | <input type="checkbox"/> Rollator / Gangstativ          |
| <input type="checkbox"/> Sammenklappelig kørestol       | <input type="checkbox"/> Krykker / Albuestokke / Stokke |
| <input type="checkbox"/> Bred kørestol                  | <input type="checkbox"/> Toiletstol                     |
| <input type="checkbox"/> El-kørestol                    | <input type="checkbox"/> Iltapparat                     |
| <input type="checkbox"/> Andet _____                    |   |

Hjælpemidler er udleveret af:  Kommune  Hospital  Plejehjem

Er gangbesværet og kan ikke anvende ganghjælpemidler (årsag angives):

