

Psoriasisbehandling på Læsø

Vesterø Havnegade 28 · DK-9940 Læsø · Tlf. (+45) 9849 1322



LÆSØ KUR

Fulde Navn		CPR-nr. (skal udfyldes)
Adresse (inkl. postnr. og by)		Tlf. nr.
Kommune	Amt	Patientens underskrift
Pårørendes navn, adresse, tlf. nr.		
Egen læges navn og adresse		
UDFYLDES AF HENVISENDE DERMATOLOG Udførlig indikation for behandlingsophold til brug for kautionerende myndighed		
Fra hvilket tidspunkt er patienten klar til afrejse?	Dato:	Lægernes stempel og underskrift
Kaution meddelt:		

