Personnr: _____ Namn: _____

Telefonnr: _____ Adress: _____

Postnr: _____

BESLUT **Landstingsbidrag till patient från 16 års ålder**

Artikel	Förp-storlek	Antal /uttag
	Egenavgift per uttag	
	Kundnummer	9070645

Beslut gäller tom: _____ Antal uttag: _____

Kontakta ansvarig dietist så snart som möjligt efter att sista uttaget gjorts för ny bedömning och eventuellt förskrivning.

Ort _____ Datum _____ Leg dietist _____ Telefon _____