

**Lægefaglig vurdering vedr. tolkegebyr (udfyldes af lægen)**

Undertegnede læge, der har eller har haft

Patient navn: \_\_\_\_\_ Cpr. nr. \_\_\_\_\_

i behandling, vurderer hermed, at patienten som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har mistet evnen til at tilegne sig henholdsvis oppebære og anvende tilegnede danskundskaber.

Erklæringen er afgivet på baggrund af en konkret lægelig vurdering af patienten.

Dato: \_\_\_\_\_

Lægens stempel og underskrift: \_\_\_\_\_

**Undtagelsen gælder for perioden:**

Varig: \_\_\_\_\_ (sæt kryds)

Midlertidig (start og slutdato) \_\_\_\_\_

Den udfyldte blanket skal sendes til:

Koncernøkonomi  
Region Midtjylland  
Skottenborg 26  
8800 Viborg  
Mrk. Tolkegebyr

Blanketten kan også sendes som sikker mail til Koncern Økonomi, Region Midtjylland via [www.borger.dk](http://www.borger.dk)

For mere information: [www.tolk.rm.dk](http://www.tolk.rm.dk)