

Lægefaglig vurdering vedrørende fritagelse for tolkegebyr

Undertegnede læge, der har eller har haft

Patientens CPR-nr.

Patientens navn

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

Patienten har mistet evnen (sæt kryds):

Midlertidigt (angiv periode) _____

Permanent _____

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

Dato

Lægens underskrift og stempel

Vurderingen indsendes til Region Hovedstaden via sikker mail til tolkegebyr@regionh.dk. Sikker mail kan evt. sendes via hjemmesiden www.regionh.dk/tolk (kræver NemID til e-Boks).

Alternativt kan vurderingen sendes pr. post til:
Region Hovedstaden, Kongens vænge 2, 3400 Hillerød. Mærk kuverten "tolkegebyr"

Dispensation på baggrund af vurderingen er gældende for alle efterfølgende kontakter med sundhedsvæsenet i den periode, der er angivet ovenfor. Hvis der er angivet et midlertidigt funktionsevnetab, vil patienten ved udløb af den angivne periode blive opkrævet et gebyr. Ellers skal der indsendes en ny erklæring til Region Hovedstaden.