

Läkarutlåtande

Avseende färdtjänst



Namn:	Personnummer:	
Adress:	Postnummer och postort:	
Uppgifterna baserade på: <input type="checkbox"/> besök av sökande <input type="checkbox"/> telefonkontakt med sökande <input type="checkbox"/> journalanteckningar <input type="checkbox"/> uppgifter lämnade av sökande <input type="checkbox"/> kontakt med anhöriga <input type="checkbox"/> personlig kännedom sedan		
Diagnos samt funktionsnedsättning:		
Sjukdomen/skadan uppstod år:		
Läkarens bedömning av sökandens möjlighet att förflytta sig <u>samt</u> att färdas med allmänna färdmedel:		
Vilka hjälpmedel använder den sökande: <input type="checkbox"/> käpp <input type="checkbox"/> kryckkäpp <input type="checkbox"/> rullstol <input type="checkbox"/> rollator <input type="checkbox"/> annat hjälpmedel:		
Behöver sökanden hjälp: <input type="checkbox"/> till och från fordon <input type="checkbox"/> vid resmålet <input type="checkbox"/> under resan, ange hjälpbehov:		
Funktionsnedsättningen beräknas bestå under: <input type="checkbox"/> mindre än 3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> 6-12 månader <input type="checkbox"/> mer än 1 år		
Läkarens underskrift:	Tjänsteställe:	
Namnförtydligande:	Telefonnummer:	Datum:

Skickas till: Härryda kommun, Samhällsbyggnad, Trafik, 435 80 Mölnlycke, vxl 031-724 61 00

Information om hur Härryda kommun behandlar dina personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. Mer information om vad detta innebär för dig hittar du på kommunens hemsida, www.harryda.se/gdpr