



Läkarintyg

Bilaga till ansökan om särskild kollektivtrafik /
färdtjänst

Plats för stämpel

Uppgifter om den undersökte

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Uppgifterna baserade på

<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan, årtal:

Diagnos

Sjukdomen/Skadan uppstod, datum

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark, meter

Om hjälpmedel, specificera

Handikappets beräknade varaktighet

<input type="checkbox"/> < 3 månader	<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 1 år	<input type="checkbox"/> > 2 år	<input type="checkbox"/> Bestående
--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Behöver den undersökte hjälp för att klara resan utöver det som chaffören kan ge

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Beskrivning av behovet av hjälp

Läkarens namnteckning

Adress	Postadress
Ort och datum	Telefonnummer
Underskrift sökande	Namnförtydligande

Läkarintyget skickas till: Hallstahammars kommun, Färdtjänst, 73480 Hallstahammar