

# Läkarutlåtande

## Avseende färdtjänst



Namn:	Personnummer:	
Uppgifterna baserade på: besök av sökande telefonkontakt med sökande journalanteckningar		uppgifter lämnade av sökande kontakt med anhöriga 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: käpp    kryckkäpp    rullstol    rollator    annat hjälpmedel:		
Behöver sökanden hjälp:    till och från fordon    vid resmålet under resan, ange hjälpbehov:		
Funktionsnedsättningen beräknas bestå under:    mindre än 3 månader    3-6 månader 6-12 månader    mer än 1 år		
Läkarens underskrift:		Tjänsteställe:
Namnförtydligande:	Telefonnummer:	Datum:

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