

Läkarutlåtande

Avseende riksfärdtjänst



Namn:	Personnummer:	
Uppgifterna baserade på:		
besök av sökande	uppgifter lämnade av sökande	
telefonkontakt med sökande	kontakt med anhöriga	
journalanteckningar	personlig kännedom sedan	
Diagnos samt funktionsnedsättning:		
Sjukdomen/skadan uppstod år:		
Läkarens bedömning av hur ovanstående funktionsnedsättning påverkar sökandes förmåga att resa med allmänna kommunikationer:		
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