Läkarutlåtande

Avseende riksfärdtjänst

HÄRRYDA KOMMUN

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och postort:

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 sökandens möjlighet att förflytta sig samt 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, kontaktcenter 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