

**Läkarintyg
För Färdtjänst****Sökandens personuppgifter**

För- och efternamn	Personnummer
Adress, Gata, nr och eventuellt lägenhetsnummer	Postadress, postnummer och ort
Telefon	Mobiltelefon
Folkbokföringskommun	E-post

Intyget utfärdat av

För- och efternamn	Tjänsteställe
Eventuell specialistkompetens	
Adress	Postadress
Telefon	Telefontid

Intyget baseras på flera alternativ kan anges

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökande, ange datum:	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande utan undersökning, ange datum:
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar, ange datum:	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom, sedan antal år:
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhöriga eller god man, ange datum:	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad:

Diagnos, på svenska

Funktionsnedsättning

Art, omfattning, effekter. Beskriv patientens symptombild samt situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader	<input type="checkbox"/> 3 - 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 - 12 månader	<input type="checkbox"/> mer än 12 månader
<input type="checkbox"/> Annan bedömning:			

Eventuella hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator/gåstol	<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven
<input type="checkbox"/> El-moped	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadad	<input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av annan person
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket: _____			<input type="checkbox"/> Inga

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Beskriv till exempel patientens förmåga att gå i trappor, samt eventuellt andra för utredarens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.

Patientens förmåga att använda kollektivtrafik

Beskriv till exempel patientens förmåga att stiga av och på fordon i kollektivtrafiken.

Samåkning, fordonstyp, särskild plats i fordonet

Beskriv patientens möjligheter/förhinder att åka tillsammans med andra resenärer. Motivera eventuellt behov av ensamåkning eller särskild plats i fordonet.

Ledsagare

Beskriv patientens förmåga att klara själva resan med hjälp av föraren. Motivera eventuellt behov av reshjälp. Rätt till reshjälp vid färdtjänstresa föreligger inte för behov enbart på resmålet.

Övrigt

Övrig information av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst.

Behandling av personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar kommer tekniska nämnden att hantera. Uppgifterna kommer vi att lagra enligt nämndens dokumenthanteringsplan i enlighet med Dataskyddsförordningen. Det gör vi för att kunna handlägga ansökan om färdtjänst. Rättslig grund för hanteringen är myndighetsutövning. Mer information om hur Mölndals stad hanterar personuppgifter finns på molndal.se/personuppgift.

Intygande läkares namnteckning

Ort och datum

Namnförtydligande

Intyget skickar du påskrivet till:

Mölndals stad, Färdtjänst, 431 82 Mölndal eller fardtjanst@molndal.se