



MARKARYDS KOMMUN

# Intyg

Vid ansökan om färdtjänst för första gången ska intyg bifogas om funktionsnedsättningen från ex läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast eller kurator

Uppgift om den sökande, skriv tydligt

Namn	Personnummer		
Uppgifterna baserade på (kryssa i aktuell ruta)			
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Uppgift lämnad av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckning	
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom	
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 sökanden kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.			
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			
Kan den undersökte använda kollektiva transportmedel			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Handikappets beräknade varaktighet			
<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år	<input type="checkbox"/> >2år	<input type="checkbox"/> Bestående
Beskrivning av behovet av hjälp			
..... .....			
Underskrift			
Datum och underskrift	Namnförtydligande, kompetens		
Utdelningsadress (gata , box , etc)	Postnummer ort		
Telefon (även riktnummer)			