

## Läkarintyg till ansökan om färdtjänst i Nyköpings kommun

Kompletterande uppgifter till "Ansökan om färdtjänst" om det begärts av färdtjänsthandläggare.

### Information till läkare

Enligt § 7 lag om färdtjänst ska färdtjänst beviljas den som på grund av funktionshinder som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

### Läkarintyget skickas till:

Nyköpings kommun  
Social omsorg  
611 83 Nyköping

Vid frågor vänligen kontakta färdtjänsthandläggare, tfn växel 0155-24 80 00.

### Uppgifter om den undersökte (*Var god texta*)

1 Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

### OBS! SAMTLIGA UPPGIFTER SKA FYLLAS I.

### Intygsuppgifter är baserade på (kryssa i aktuell ruta)

2 Besök av sökande  Telefonkontakt med sökande  Kontakt med anhörig   
Journalanteckningar  Kännedom om sökanden sedan, datum \_\_\_\_\_

3 Diagnos \_\_\_\_\_ Sjukdomens namn (*om möjligt på svenska*)  
Skadan uppstod år \_\_\_\_\_

4 Utförlig beskrivning av rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att förflytta sig till fots samt att åka med allmänna kommunikationsmedel.  
(*Utformas på svenska*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 Hur långt bedöms den undersökte klara sig att förflytta sig på egen hand?  
Använder regelbundet kryssat gånghjälpmedel.  
Käpp  Kryckkäpp  Rollator  Rullstol  Benprotes  Levande stöd   
Kan gå utan hjälpmedel antal meter \_\_\_\_\_  
Kan gå med stöd av gånghjälpmedel antal meter \_\_\_\_\_

**6 a** Bedöms sökanden kunna resa med allmänna kommunikationsmedel? Ja  Nej

Kommentar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vid nej på 6 a** - finns med hänsyn av funktionshindret särskilda behov vid resa t.ex. särskilt fordon, placering i fordon, hjälp, stöd eller behandling under resa?

Kommentar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7** Rörelsehindrets beräknade varaktighet

< 6 mån  6 mån - 1 år  > 2 år  Bestående

**8** Övriga upplysningar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9 Underskrift av läkare**

\_\_\_\_\_  
Datum

Namn

\_\_\_\_\_  
Läkarens arbetsplats

**10 Underskrift av sökande**

Sökande har tagit del av innehållet i detta intyg.

\_\_\_\_\_  
Datum

Sökandes underskrift