

Medicinskt utlåtande för ansökan om färdtjänst

Vi behöver spara och behandla samtliga personuppgifter om dig som inkommer under utredningen. Syftet med detta är att kunna handlägga ditt ärende, enligt dataskyddsförordningen GDPR.

Färdtjänst kan beviljas den som på grund av sin funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta sig eller har väsentliga svårigheter att resa med allmänna kommunikationer på egen hand. Funktionsnedsättningen ska även kvarstå minst 3 månader.

Fylls i av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller motsvarande. Var god skriv tydligt.

Namn på sökande, för- och efternamn		Personnummer	
Diagnos			
Beskriv sökandens hälsotillstånd och rörelseförmåga. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Undvik latinska termer.			
Uppskattad varaktighet <input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader <input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år <input type="checkbox"/> 1-2 år <input type="checkbox"/> Bestående			
Ort, datum		Arbetsplats	
Namnteckning		Yrkestitel	
Namnförtydligande		Telefon	

Skickas till:

Sundsvalls kommun
Gatuavdelningen, Trafiksektionen
Färdtjänst
851 85 SUNDSVALL

Plats för stämpel (VC, sjukhus etc)

Telefon 060-19 14 14 måndag-torsdag 09:30-11:00