



HERRLJUNGA KOMMUN

Socialförvaltningen  
Herrljunga Kommun  
Box 201  
524 23 Herrljunga  
Tel. 0513-170 00

## Läkarutlåtande – avseende färdtjänstansökan

### SÖKANDE

Personnummer: _____
Namn: _____
Adress: _____
Postnummer: _____
Ort: _____
Telefonnummer: _____

### DIAGNOSER (på svenska)

Huvuddiagnos: _____	Debuterade år: _____
Eventuella övriga diagnoser: _____	
Beskriv eventuellt genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning o dyl)	
_____	
_____	

### Beskrivning av funktionsnedsättning

Beskriv funktionsnedsättningen:
_____
_____
_____
Funktionsnedsättningen kan anses <input type="checkbox"/> varaktig <input type="checkbox"/> ej varaktig
Prognos <input type="checkbox"/> osäker <input type="checkbox"/> minst 6 månader



HERRLJUNGA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Herrljunga Kommun  
Box 201  
524 23 Herrljunga  
Tel. 0513-170 00

Hur påverkar funktionsnedsättningen förmågan att resa med allmänna kommunikationer?

---

---

Kan sökanden klara av att åka kollektivt med reshjälp?  JA  NEJ

Behöver sökanden reshjälp **under** färdtjänstresa?  JA  NEJ

Om **JA**, beskriv hjälpbehovet:

---

---

Kan sökanden klara en resa i vanlig personbil?  JA  NEJ

Om **nej**, beskriv orsaken:

---

---

Måste sökanden använda sig av hjälpmedel vid förflyttning?  alltid  ibland

Hjälpmedel: \_\_\_\_\_

Har sökanden tagit del av uppgifterna?  JA  NEJ

Finns det uppgifter som sökande ej skall ta del av?  JA  NEJ

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

**Sänd utlåtandet i första hand till sökande. I andra hand till: Socialnämnden Box 201, 524 23 Herrljunga**