



Läkarintyget är viktigt för vår bedömning

Bedömning av rätten till färdtjänst görs av handläggare i Linköpings kommun. För att handläggaren ska kunna göra en så riktig bedömning som möjligt behövs ett medicinskt utlåtande.

Resor till och från vård är en sjukresa som Region Östergötland ansvarar för.

Uppgifter om patienten

Efternamn, förnamn	Personnummer
--------------------	--------------

Diagnos samt gradering

Exempelvis hjärtsvikt (NYHA), grad av synskada, KOL-klassificering, neuropsykiatrisk diagnos enligt DSM-5.

Huvuddiagnos:	Debuterade år:	Nuvarande gradering:
Övriga diagnoser:	Debuterade år:	Nuvarande gradering:
Aktuella, genomförda eller planerade behandlingar/medicinska utredningar, ange datum:		

Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning:
Beskriv hur funktionsnedsättningen påverkar sökandes förmåga att resa med allmänna kommunikationsmedel:
Hur långt bedöms den sökande kunna förflytta sig? Utan förflyttningshjälpmedel: _____ meter. Med förflyttningshjälpmedel: _____ meter. Vilket? _____ Den sökandes totala förflyttningssträcka inklusive eventuell paus bedöms vara _____ meter. Hur har bedömningen av sökandes förflyttningsförmåga gjorts? Beskriv hur funktionsnedsättningen påverkar sökandes förflyttningsförmåga:
Gäller intyget kostnadsfri ledsagare eller för särskilda förmåner ska behovet av detta tydligt beskrivas:

Övriga upplysningar

--

Bedömning av funktionsnedsättningens varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än tre månader	<input type="checkbox"/> Annan bedömning, ange tid _____	<input type="checkbox"/> Varaktigt/tillsvidare
--	--	--

Bedömningen baseras på

<input type="checkbox"/> Kännedom om den sökande sedan: _____	<input type="checkbox"/> Senast undersökningstillfället: _____
<input type="checkbox"/> Uppgifter från ställföreträdare, datum: _____	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar sedan: _____
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande utan undersökning, datum: _____	<input type="checkbox"/> Annat. Vad och datum: _____

Underskrift av sökanden

Sökande måste skriva under intyget för att det skall kunna användas vid handläggning och har då samtyckt till innehållet.

Namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

Utlåtandet utfärdat av

Namn	Titel	
Tjänsteställe		
Adress	Postadress	
Telefonnummer		

Namnteckning av intygsskrivande läkare

Namnteckning	Ort och datum
--------------	---------------

Information om behandling av personuppgifter (Allmän dataskyddsförordning EU 2016/679 (GDPR))

Personuppgifter som lämnas ovan behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ärendet.

Du har rätt att få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden. Nämnden är skyldig att omgående rätta felaktiga eller missvisande uppgifter. Se mer info på www.linkoping.se/gdpr hur du gör din begäran om registerutdrag eller begäran om rättning av uppgifter. För frågor kontakta Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen enligt följande: E-post: samhallsbyggnadsnamndensbrevlada@linkoping.se Telefon: 013 - 20 60 00

Komplett ifyllt läkarintyg skickas till:

Särskild kollektivtrafik
581 81 Linköping