

1. Personuppgifter	
Förnamn	Personnummer
Efternamn	Telefonnummer
Adress	
Postnummer	Ort

Hur länge har patienten varit känd hos er?
--

2. Vilka funktionsnedsättningar har patienten
<input type="checkbox"/> Gångsvårigheter <input type="checkbox"/> Balanssvårigheter <input type="checkbox"/> Yrsel <input type="checkbox"/> Hjärt/Kärlproblem
<input type="checkbox"/> Synskada <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> Talsvårigheter
<input type="checkbox"/> Orienteringsproblem
<input type="checkbox"/> Annat :
Beskriv hur funktionsnedsättningarna påverkar patientens förmåga till förflyttning och nyttjande av allmänna kommunikationer:
Ange funktionsnedsättningens varaktighet:

3. Vilka hjälpmedel använder patienten vid förflyttningar
<input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Stavar <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rullstol



Måste han/hon sitta kvar i rullstolen under resan? Ja Nej

Övrigt:

4. Gångsträcka

Utan gånghjälpmedel, ca meter.

Med gånghjälpmedel, ca meter.

5. Färd sätt

Bedöms patienten kunna nyttja allmänna kommunikationer

Ja Nej

6. Behov av ledsagare under resan

Den som inte klarar av att resa på egen hand med den service som normalt ges av föraren, utan behöver hjälp av annan person under transporten, kan beviljas ledsagare.

Bedöms patienten ha behov av hjälp när han/hon sitter inne i fordonet:

Ja Nej

Om du svarat Ja, beskriv vilken slags hjälp du har behov av.....

Genom att lämna information på denna blankett kommer dina personuppgifter att bli behandlade av Kävlinge kommun i enlighet med Dataskyddsförordningens krav. Syftet med att behandla dina personuppgifter är handläggning enligt Socialtjänstlagen och de kommer enbart att delas med behöriga inom Kävlinge kommun och avtalade utförare. Kävlinge kommun kommer även vid behov att inhämta vissa uppgifter ifrån andra parter och myndigheter samt kontrollera inlämnade uppgifter. Uppgifterna kommer att gallras enligt nämndens informationshanteringsplan. Har du frågor kring kommunens behandling av dina personuppgifter kan du kontakta Socialnämnden i Kävlinge via socialnämnden@kavlinge.se. Du har alltid rätt att få information om de behandlingar du deltar i, samt att rätta eventuella felaktigheter i uppgifterna. Läs mer om Kävlinge kommuns allmänna hantering av personuppgifter på www.kavlinge.se.

8. Underskrift

Ort och Datum

Underskrift av patientansvarig läkare

Stämpel

Namnförtydligande

Läkarintyget sändes till:

Kävlinge kommun
Socialtjänsten
244 80 Kävlinge