

1. Personuppgifter	
Förnamn	Personnummer
Efternamn	Telefonnummer
Adress	
Postnummer	Ort

2. Utlåtandet utfärdat av	
Namn	Befattning
Tjänsteställe	Telefonnummer
Plats för ev. stämpel	

3. Utlåtande baserad på
<input type="checkbox"/> Undersökning av den sökande vid besök (Datum:)
<input type="checkbox"/> Journalanteckning från vårdinrättning (ange vilken/vilka)
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller legal företrädare
<input type="checkbox"/> Uppgifter från den sökande, utan undersökning

4. Diagnoser

5. Beskriv funktionsnedsättningen (art, omfattning och konsekvenser)

--

6. Hur länge bedöms funktionsnedsättningen bestå?

<input type="checkbox"/> mindre än 3 månader	<input type="checkbox"/> 4 -6 månader	<input type="checkbox"/> 6-12 månader	<input type="checkbox"/> mer än 12 månader
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

7. Medför funktionsnedsättningen hinder för at resa buss?

<input type="checkbox"/> Nej, inte alls	<input type="checkbox"/> Nej men bör ej resa ensam	<input type="checkbox"/> Ja, bör inte alls resa med buss
---	--	--

Om ja, på vilket sätt?

8. Medför funktionsnedsättningen hinder för at resa tåg?

<input type="checkbox"/> Nej, inte alls	<input type="checkbox"/> Nej men bör ej resa ensam	<input type="checkbox"/> Ja, bör inte alls resa med tåg
---	--	---

Om ja, på vilket sätt?

9. Medför funktionsnedsättningen hinder för at resa flyg?

<input type="checkbox"/> Nej, inte alls	<input type="checkbox"/> Nej men bör ej resa ensam	<input type="checkbox"/> Ja, bör inte alls resa med flyg
---	--	--

Om ja, på vilket sätt?

10. Medför funktionsnedsättningen att sökande har behov av hjälp under resan i personbil/specialfordon?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Om ja, på vilket sätt?

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 socialnamnden@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.

10. Underskrift

Ort och datum

Underskrift av patientansvarig läkare