



## Kuljetuspalveluhakemus

Kuljetuspalvelu on henkilöille jotka toimintarajoitteiden, sairauden tai muun syyn takia eivät voi kulkea itse eivätkä käyttää yleisiä kulkuneuvoja. Sinun on jätettävä lääkärinlausunto hakemuksen mukana.

### Hakijan henkilötunnus

Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus (10 numeroa)
Osoite	Postinumero	Paikkakunta
Kerros	Onko hissi?	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Puhelinnumero	S-posti	

### Toimintarajoite

Vammat, sairaudet tai oireet jotka vaikuttavat kykyynne liikkua
Tarkka kuvaus liikkumis- ja toimintakyvystä (sisällä / ulkona / asiointipaikoilla / portaissa)

### Apuvälineet - mitä välineitä käytätte liikkuessanne kodin ulkopuolella

<input type="checkbox"/> Kokoontaittuva rollaattori	<input type="checkbox"/> Kokoontaittuva pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Kevyt sähkömopo (<50kg)
<input type="checkbox"/> Ei kokoontaittuva rollaattori	<input type="checkbox"/> Ei kokoontaittuva pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Painava sähkömopo (>50kg)
Jos istut pyörätuolissa ja sinun täytyy istua siinä myös matkalla, kuvaile miksi:		
Sähkömopon mitat		Sähkömopon akku
Syvyys: (cm)	Leveys: (cm)	<input type="checkbox"/> geeli <input type="checkbox"/> litium
Korkeus: (cm)	Paino: (kg)	
Muita apuvälineitä:		



### Miten pärjää liikua ilman tai apuvälineiden kanssa?

Pärjäätkö kävellä asunnostasi bussipysäkille	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
Pärjäätkö mennä itse linja-auton kyytiin?	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En

### Voitko kulkea yleisellä joukkoliikenteellä?

Linja-auto jossa on rappuset	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En	Linja-auto ilman rappusia	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
Lähin bussilinja					

### Saattaja

Saattaja hyväksytään jos tarvitset apua matkan aikana, apua jota et voi saada taksikusilta. Taksikuski saattaa sinua ovelta autolle ja auttaa myös kantamaan sinun tavaroita.

Tarvitset saattajan	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
Jos vastasit kyllä, motivoi mitä muuta apua tarvitset taksikuskin avun lisäksi?		

Muuta tietoa	
--------------	--

Asutko tällä hetkellä lyhytaikaisasunnossa/sairaalassa? Jos vastaat kyllä, missä?	Puhelinnumero		
Tarvitsetko tulkin?	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En	Jos kyllä, mikä kieli

### Hakijan allekirjoitus

Paikkakunta ja päivämäärä	
Hakijan allekirjoitus	Nimen selvennys

Tietoja henkilötietojen käsittelystä Lomakkeissa tai sähköisissä palveluissa annetut tiedot tai Hallstahammarsin kunnan rekisteröimät tiedot tallennetaan tietokonejärjestelmiin ja käsitellään tietosuojadirektiivin 2016/679 mukaisesti. Rekisteröinti tehdään, jotta kunta (tai kuntien alihankkijat) voi täyttää veloitteensa sinulle tai sille, jota kyseinen palvelu koskee. Esimerkiksi terveydenhuollon alalla rekisteröinti voi myös turvata elintärkeitä tietoja. Tietoja ei tallenneta pidempään kuin on tarpeen. Jos haluat lisätietoja henkilötietojesi käsittelystä tai tyytymättömyydestä siihen, miten Hallstahammarsin kunta käsittelee henkilökohtaisia tietoja sinusta, ota yhteyttä kunnan tietosuojavastaavaan tai tee valitus Yksityisyysdusuojaviranomaiselle. Lisätietoja tietosuojasta löydät sivulta <http://www.hallstahammar.se/dataskydd>.



## Lääkärin lausunto

Liite hakemukseen

Paikka leimalle

### Tietoa tutkitusta henkilöstä

Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus
---------	----------	---------------

### Tieto perustuu

<input type="checkbox"/> Hakijan käyntiin	<input type="checkbox"/> Potilaskertomukseen
<input type="checkbox"/> Hakijan jättämään tietoon	<input type="checkbox"/> Puhelinkontaktiin hakijan kanssa
<input type="checkbox"/> Yhteys omaisen kanssa	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen tunteminen Alkaen vuodesta

Diagnoosi

Sairaus/vamma sai alkunsa, millon?

Sairauden nimi (jos mahdollista ruotsiksi). Kuvaile hakijan terveydentila ja kerro missä tapauksissa hakijalla on alentunut liikuntakyky tai toimintavaje . Kerro myös jos hakija saa hoitoa tai jos hoitoa on suunniteltu. Kerro erityisesti kuinka pitkän matkan hakija voi kävellä (liikkua) tasaisella maalla, mitä vaikeuksia syntyy ja mitä apuvälineitä tarvitaan.

Kuinka pitkästi hakija voi kävellä tasaisella maalla.

Jos hakija tarvitsee apuvälineitä, kerro mitä

### Kuinka kauan liikennerajoite lasketaan pysyvän

<input type="checkbox"/> < 3 kuukautta	<input type="checkbox"/> < 6 kuukautta	<input type="checkbox"/> 1 vuosi	<input type="checkbox"/> > 2 vuotta	<input type="checkbox"/> Pysyvä
--	--	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

Onko avustavan henkilön apu, taksikuskin lisäksi, tarpeellinen?

<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Kuvaile avun tarve	

### Lääkärin allekirjoitus

Osoite	Posti osoite
Paikkakunta ja päivämäärä	Puhelinnumero
Allekirjoitus	Nimen selvennys

Lääkärin lausunto lähetetään: Hallstahammars kommun, Färdtjänst, 73480 Hallstahammar