



Sökandens namn	Personnummer
Utlåtandet baseras på: <input type="checkbox"/> Besök av sökande <input type="checkbox"/> Journalanteckningar	

Diagnos/Funktionshinder

Skriv på svenska! Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har.

Behov av hjälpmedel
 Rullstol Rollator Annat hjälpmedel

Kan den sökande använda allmänna kommunikationer?
 Ja Nej - motivera varför

Rörelsehindret kan anses:
 Vara mindre än 3-6 månader Vara längre än 6 månader Prognos osäker

Underskrift

Namnteckning	Titel
Namnförtydligande	Tjänsteställe
Ifyllt utlåtande sänds eller lämnas till den sökande	