

PELKOSENNIEMEN KUNTA

Sosiaalitoimi

Sodankyläntie 1 A, 98500 PELKOSENNIEMI

040 532 0474, 040 578 0590

TERVEYSKESKUSLÄÄKÄRIN**TODISTUS****Kuljetuspalvelua varten**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Vakinainen asuinkunta	
Diagnoosit (myös suomeksi)	
Vamman/sairauden aiheuttama haitta suhteessa liikkumiseen	
Toimintakyky	
Tutkittava käyttää yhtä keppiä apuvälineenä	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tutkittava käyttää rollaattoria, keppejä tai sauvoja apuvälineinä	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tutkittava käyttää pyörätuolia	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tutkittava tarvitsee saattajaa	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tutkittava on näkövammainen	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Liikkuminen julkisilla kulkuvälineillä tuottaa tutkittavalle erityisen suuria vaikeuksia	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Johtopäätökset	
Onko vammasta aiheutuva haitta yli vuoden kestävä	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tutkittava on vammainen (SHL:n mukainen esim. vanhus) TAI	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tutkittava on vammaispalvelulain tarkoittama vaikeavammainen (ks. ohje)	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

Edellä olevan vakuutan oikeaksi kunniani ja omatuntoni kautta:

____ / ____ 20____

Päiväys

Lääkärin allekirjoitus ja leima tai nimen selvennys