

Läkarutlåtande, till ansökan om färdtjänst

Uppgifter om patienten

Förnamn	Efternamn
Personnummer	

Intyget baseras på

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad

Diagnos på svenska

Huvuddiagnos och eventuell tilläggsdiagnos

Funktionshinder

Art och omfattning, effekter. Beskrivning av patientens symtombild. Situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer

Förväntad varaktighet

Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån Mer än 12 mån Prognos osäker

Patientens möjlighet att förflytta sig på egen hand

Patientens möjligheter att med respektive utan hjälpmedel kunna förflytta sig på egen hand, med angivande av hans maximala gångsträcka, hans förmåga att gå i trappor samt eventuellt andra för utredarens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.



Patientens möjlighet att använda vanliga eller särskilt anpassade allmänna kommunikationer

Patientens möjligheter (beskriv eventuella svårigheter) att kunna resa med allmänna kommunikationsmedel, förmåga att kunna stiga på och av en vanlig buss eller tåg och att åka med sådant färdmedel.

Kan den **sökande** använda allmänna färdmedel? Ja Nej

Behov av ledsagare

I förekommande fall bedömning av patientens förmåga att klara resan själv med den hjälp han kan få av föraren. Eventuellt behov av ledsagare motiveras.

Behov av plats i fordonet

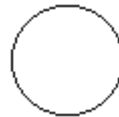
Eventuellt behov hos patienten av särskild plats i fordonet, t ex att han av fysiska skäl (måste exempelvis sitta med raka ben) behöver extra utrymme och/eller vinklat säte

Behov av fordonstyp

Bedömning av om patienten, vid färdtjänstbehov, kan resa i vanlig personbil eller om han behöver specialfordon (t ex pga att han måste färdas sittande i rullstol).

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst, t ex synskärpa, synfältsinskränkning (ritas i förekommande fall in i en cirkel), hörselnedsättning.



Vänster öga



Höger öga

Underskrift

Datum och läkares underskrift	Eventuell specialistkompetens
Namnförtydligande	Telefon
Tjänsteställe/Postadress (gata, box, samt postnummer och ort)	Stämpel från utskrivare krävs