|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | 1 (2) | |
| Läkarutlåtande färdtjänst | | | | | |
|  | | | | |
| **Information till dig som skriver utlåtandet:** Färdtjänst kan bli aktuellt för den som pga en funktionsnedsättning, som beräknas bestå i minst 3 månader, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller att nyttja allmänna kommunikationer. Avsaknad av allmänna kommunikationer kan aldrig ge rätt till färdtjänst. | | | | |
| **Datum:** | | | | |
| Personuppgifter | | | | |
| **Efternamn** | **Förnamn** | | **Personnummer** | |
|  |  | |  | |
| **Adress** | | | **Telefon dagtid** | |
|  | | |  | |
| **Postadress** | | | **Telefon kvällstid** | |
|  | | |  | |
| **E-postadress** | | | **Mobiltelefon** | |
|  | | |  | |
| Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges) Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc | | | | |
| **Undersökning av sökanden vid besök** | **Uppgifter från sökanden, utan undersökning** | | | |
| Datum | Datum | | | |
| **Journalanteckning** | **Personlig kännedom sedan** | | | |
| Datum | Datum | | | |
| **Uppgifter från anhörig eller god man** | **Annat, ange vad** | | | |
| Datum |  | | | |
| Diagnos (på svenska) | | | | |
| **Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser** | | | | |
|  | | | | |
| Funktionsnedsättning | | | | |
| **Art, omfattning och effekter. Beskrivning av sökandens symtombild, situation då sökandes besvär förekommer** | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst | | | |
| **Balans** | **Frekvens och konsekvens** | | |
| Lätt  Måttlig  Grav |  | | |
| **Yrsel** | **Frekvens och konsekvens** | | |
| Lätt  Måttlig  Grav |  | | |
| **Kärlkramp** | **Frekvens och konsekvens** | | |
| Lätt  Måttlig  Grav |  | | |
| **Epilepsi** | **Frekvens och konsekvens** | | |
| Lätt  Måttlig  Grav |  | | |
| Funktionshindrets varaktighet | | | |
|  |  |  |  |
| 0-3 månader | 3-6 månader | 6-12 månader | mer än 12 månader |
| Bedömning av patientens behov av ledsagare | | | |
| **I förekommande fall bedömning av patientens förmåga att klara själva resan med den hjälp han/hon kan få av föraren. Eventuellt behov av ledsagare motiveras. Rätt till ledsagare vid färdtjänstresa föreligger ej för behov av hjälp enbart på resmålet.** | | | |
|  | | | |
| Om sökande inte kan samåka med andra | | | |
| **Ange specifika skäl** | | | |
|  | | | |
| Underskrift (utan dessa uppgifter är utlåtandet ogiltigt) | | | |
| **Leg läkares underskrift och vårdinrättning/vårdcentral** | | **Namnförtydligande** | |
|  | |  | |
| **Eventuell specialistkompetens** | | **Telefon** | |
|  | |  | |

|  |
| --- |
| Läkarutlåtandet skickas till: Vård & Omsorg, Biståndsenheten, Nibblesbackevägen 17, 731 51 KÖPING |