

Medicinskt utlåtande till ansökan om färdtjänst

Medicinskt utlåtande ingår som ett komplement till beslutsunderlaget. Färdtjänst är avsedd för kommuninvånare som på grund av funktionsnedsättning, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer. Behovet av färdtjänst ska vara bestående eller långvarigt.

Färdtjänstresorna sker genom samåkning med andra färdtjänstresenärer och anpassade fordon.

Uppgifter om den sökande:

Namn		Personnummer
Bostadsadress		Telefonnr bostaden (även riktnr)
Postnummer	Ort	Telefonnr arbetet (även riktnr)
E-post		Mobiltelefon nr

Utlåtandet är utfärdat av

Läkare Sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast/fysioterapeut

Diagnos / diagnoser på svenska samt gradering (fysiskt/psykiskt)

Huvuddiagnos	Debuterade år
Övriga diagnoser	
Aktuella, genomförda eller planerade behandlingar/medicinska utredningar, ange datum	

Aktuell funktionsnedsättning

Beskriv funktionsnedsättningen och hur den påverkar den sökandes möjlighet att förflytta sig?

Beskriv funktionsnedsättningen och hur den påverkar den sökandes möjlighet att resa med allmänna kommunikationer (såsom buss, pendeltåg, spårvagn etc)

Använder den sökande något förflyttningshjälpmedel, i sådant fall vilket

Käpp Kryckkäpp Rollator Rullstol Ledarhund

Annat hjälpmedel:

Nej, ange orsaken:

Sökanden kan förflytta sig _____ meter **utan** förflyttningshjälpmedel

Sökanden kan förflytta sig _____ meter **med** bästa möjliga förflyttningshjälpmedel inklusive eventuella pauser

Uppgifterna om förflyttning är baserat på:

Patientens uppgifter

Medicinsk bedömning

Har sökande behov av ledsagare vid färdtjänstresor?

Nej

Ja, beskriv vad sökande behöver hjälp med under resan i fordonet

Klarar sökande samåkning med andra färdtjänstresenärer?

Ja

Nej, ange medicinsk orsak

Övrigt

Övriga upplysningar som är av betydelse för handläggarens bedömning av sökandes resebehov

Funktionsnedsättningen beräknas bestå:

Mindre än 3 månader 3 mån - 1 år 1 år - 2 år Bestående

Bedömningen baseras på

<input type="checkbox"/> Kännedom om den sökande	Kännedom sedan
<input type="checkbox"/> Senast undersökningstillfället	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från ställföreträdare	Datum
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande utan undersökning	Datum
<input type="checkbox"/> Annat	Vad och datum

Underskrift av sökanden

Sökande måste skriva under intyget för att det ska kunna användas vid handläggning och har då samtyckt till innehållet.

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Utlåtandet är utfärdat av

Namn	Titel
Tjänsteställe	
Adress	
Postnummer och ort	
Telefon	

Utfärdarens namnteckning

Namnteckning	Ort och datum
--------------	---------------

Blanketten skickas till angiven adress som kan återfinnas på ansökningsblanketten eller på kommunens hemsida.