|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   | 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 & OmsorgBiståndsenhetenNibblesbackevägen 17731 51 KÖPING |