

MEDICINSKT UTLÅTANDE

till ansökan om färdtjänst och riksfärdtjänst

Utlåtande av

Läkare Sjuksköterska Annat

Till ansökan om

Färdtjänst Riksfärdtjänst

Patientens personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefonnummer

Utlåtande är baserat på (kryssa i aktuella rutor och ange datum)

Undersökning av sökande vid besök | Datum Journalanteckningar | Datum
 Uppgifter från sökande, utan undersökning | Datum Personlig kännedom sedan | Datum
 Uppgifter från anhörig god man | Datum Annat, vad?

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos (*fysisk/psykisk*) samt sjukdomsdebut år

Övriga diagnoser (*fysiska/psykiska*) samt sjukdomsdebut år

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/medicinsk utredning (ange datum)

Funktionsnedsättning

Beskriv patientens symptombild. Omfattning (vid skov beskriv hur ofta och hur länge de varar), situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.



Ögonsjukdomar

Har patienten en synnedsättning? <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Om ja, vilken synnedsättning har patienten?
Beskriv vad synnedsättningen innebär och med vilka hjälpmedel synen kan korrigeras.	
Beskriv vad synnedsättningen innebär med hänsyn till möjlighet att använda kollektivtrafiken, t ex vad gäller förmågan att läsa tidtabeller, skyltar och bussnummer, orientera sig samt bedömma avstånd och nivåskillnader.	

Patientens förmåga att förflytta sig

Beskriv funktionsnedsättningens påverkan på patientens förflyttningsförmåga (i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag m.m.) samt patientens förmåga att klara nivåskillnader.
Hur långt bedöms patienten vanligtvis kunna gå? Antal meter med hjälpmedel: _____ meter. Antal meter utan hjälpmedel: _____ meter. Behöver patienten ta kortare vilopausar för att kunna gå den ovan angivna sträckan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, hur många gånger? _____ gång(er)

Förflyttnings hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Stödkäpp <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Rullstol, manuell <input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven <input type="checkbox"/> Elmoped <input type="checkbox"/> Gåstol <input type="checkbox"/> Ledarhund <input type="checkbox"/> Markeringskäpp för synnedsatta <input type="checkbox"/> Annat, ange:
--



Funktionsnedsättningens påverkan på patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Patientens förmåga att klara uppgifter som på- och avstigning med eventuella hjälpmedel, att förflytta sig i fordonet, att klara byten, läsa tidtabell, höra utrop, planera och genomföra resa m.m. Avsaknad av allmänna kommunikationer är inte skäl som berättigar till färdtjänst/riksfärdtjänst.

Klarar patienten **att resa med buss**?

- Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Om patienten inte kan resa på egen hand eller behöver hjälp av en ledsagare, beskriv patientens svårigheter:

Klarar patienten **att resa med tåg**?

- Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Om patienten inte kan resa på egen hand eller behöver hjälp av en ledsagare, beskriv patientens svårigheter:

Avser riksferdtjänst, klarar patienten **att resa med flyg**? (med den service som flyget erbjuder)

- Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Om patienten inte kan resa på egen hand eller behöver hjälp av en ledsagare, beskriv patientens svårigheter:

Patientens behov av ledsagare vid färdtjänstresor

Enbart behov av hjälp vid resmålet t ex att bära varor, inköp m.m. berättigar inte till ledsagare vid färdtjänstresa. Endast hjälp knuten till själva bilfärden kan berättiga till ledsagare.

Har patienten behov av **ledsagare** vid färdtjänstresor?

- Nej
 Ja, beskriv vad patienten behöver hjälp med under bilfärden:



Medicinska orsaker till behov av ensamåkning, specialfordon eller särskild sittplats i fordon

Klarar patienten **samåkning** med andra färdtjänstresenärer?

Ja Nej, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av **specialfordon**? (t ex pga väsentliga svårigheter att flytta över till bilsäte)

Nej Ja, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av **särskild sittplats** i fordonet?

Nej Ja, ange plats och medicinsk orsak:

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån 1-2 år 2-3 år

Annat, ange:

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst/riksfärdtjänst

Underskrift

Datum och underskrift	Namnförtydligande
Tjänstetitel, ev specialitet	Tjänsteställe
Telefonnummer	E-post

Utlåtande skickas till:

Alingsås kommun
Samhällsbyggnadsförvaltningen, Färdtjänst
441 81 Alingsås