

Medicinskt utlåtande om färdtjänst/riksfärdtjänst

(Skall fyllas i av legitimerad vårdpersonal)

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

Utlåtandeuppgifter är baserade på (kryssa i aktuell/aktuella rutor)

Besök av den sökande	Telefonkontakt med sökande
Kontakt med anhörig	Journalanteckning
Kännedom om sökande sedan, datum _____	

Diagnos (på svenska)

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

Funktionsnedsättning

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

Patientens förmåga att förflytta sig

Funktionsnedsättningens inverkan på patientens förflyttningsförmåga (i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag m.m.). förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter.

Maximal gångsträcka med hjälpmedel _____ meter. Utan hjälpmedel _____ meter.

Gånghjälpmedel

Stödkäpp	Rollator	Rullstol, manuell	Rullstol, eldriven
Elmoped	Ledarhund	Teknikkäpp	Kryckor
Gåstol	Markeringskäpp för synskadade	Annat, ange:	

Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Funktionsnedsättningens inverkan på sökandens förmåga att använda allmänna kommunikationer. Förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter såsom på- och avstigning, byten, läsa tidtabell, höra utrop etc.

Klarar patienten att resa med buss?	Ja, på egen hand	Ja, med hjälp av en ledsagare	Nej, inte alls
Klarar patienten att resa med tåg?	Ja, på egen hand	Ja, med hjälp av en ledsagare	Nej, inte alls
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

Beskriv patientens svårigheter att på egen hand eller med en ledsagare resa med dessa allmänna kommunikationer:

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 till själva bilfärden kan berättiga till ledsagare.

Har patienten behov av ledsagare vid färdtjänstresor?

Nej

Ja, ange **anledning** samt **hjälpbehov** vid taxiresan:

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

Klarar patienten samåkning med andra resenärer? Ja Nej, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av specialfordon? Nej Ja, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av särskild plats i fordonet? Nej Ja, ange medicinsk orsak:

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån

3-6 mån

6-12 mån

1-2 år

2-3 år

Livslångt

Annat, ange:

Underskrift

Datum

Tjänstetitel och tjänsteställe

Underskrift

Telefonnummer:

Namnförtydligande

E-post:

Utlåtandet skickas till:

Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län

Färdtjänst

Box 143

841 22 ÅNGE

Eller till e-post:

fardtjanst@dintur.se