



Insänds till:
Östersunds kommun
Teknisk förvaltning
Färdtjänsten
831 82 ÖSTERSUND

LÄKARUTLÅTANDE - till ansökan om färdtjänst

Vid frågor kontakta

Teknisk förvaltning
Färdtjänsten
063-14 30 00

* Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

* Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)

Ange datum för undersökning, anteckning uppgifter etc

☐ Undersökning av sökande vid besök	Datum	☐ Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum
☐ Journalanteckningar	Datum	☐ Personlig kännedom sedan	Datum
☐ Uppgifter från anhörig eller god man	Datum	☐ Annat, ange vad	Datum

* Diagnos och funktionshinder (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

--

* Funktionshindrets förväntade varaktighet

☐ Mindre än 3 mån	☐ 3 – 6 mån	☐ 6 – 12 mån	☐ Mer än 12 mån
Annan bedömning			

* Eventuella hjälpmedel eller gånghjälpmedel (Kryssa)

☐ Stödkäpp/kryckor	☐ Rullator/gåstol	☐ Stöd/hjälp av annan person	☐ Rullstol, manuell
☐ Rullstol, eldriven, storlek	Bredd cm	☐ El-moped, storlek	Bredd cm
☐ Ledarhund	☐ Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade	☐ Annat, ange vilket	

* Obligatoriska uppgifter

* Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Patientens förmåga att med eller utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand (i förekommande fall huruvida den påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag med mera), hans eller hennes förmåga att gå i trappor samt eventuellt andra för utredningens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark, ange meter

☐ Utan hjälpmedel	Antal meter	☐ Med hjälpmedel	Antal meter
--	-------------	---	-------------

* Patientens förmåga att använda vanliga eller särskilt anpassade allmänna kommunikationsmedel

Patientens förmåga (beskriv eventuella svårigheter) att använda vanliga allmänna kommunikationsmedel (förmåga att stiga på och av en vanlig buss) respektive allmänna kommunikationsmedel som är särskilt anpassade för personer med funktionshinder, det vill säga låggolvsfordon utan lift eller ramp.

* Bedömning av patientens behov av ledsagare eller reshjälp

I förekommande fall bedömning av patientens förmåga att klara själva resan med den hjälp han eller hon kan få av föraren. Eventuellt behov av ledsagare eller reshjälp motiveras. (Rätt till ledsagare eller reshjälp vid färdtjänstresa föreligger ej för behov av hjälp enbart på resmålet).

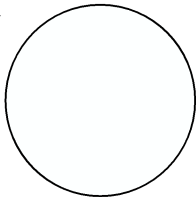
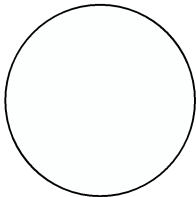
Behov av ledsagare

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, motivera

* Patientens synförmåga

Finns synnedsättning som begränsar förmågan att nyttja allmänna kommunikationer till exempel synskärpa utan eller med korrigering, synfältsinskränkning (ritas i förekommande fall in i en cirkel)

	Vänster öga	Höger öga
		

* Obligatoriska uppgifter

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

*** Underskrifter**

Ort och datum	
Leg läkares namnteckning	Namnförtydligande, eventuell specialistkompetens
Adress	Postnummer och ort
Telefon (även riktnummer)	Telefon mobil
E-post	

* Obligatoriska uppgifter