



ÖSTERSUND

Vid frågor kontakta

Samhällsbyggnad
Färdtjänsten
063-14 30 00
fardtjanst@ostersund.se

Insänts till

Östersunds kommun
Samhällsbyggnad
Färdtjänsten Samhällsbyggnad
831 82 Östersund

**LÄKARUTLÅTANDE
Till ansökan om färdtjänst**

1 (3)

*** Personuppgifter**

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

*** Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)**

Ange datum för undersökning, anteckning uppgifter etc

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökande vid besök	Datum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	Datum <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	Datum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad	Datum <input type="text"/>

*** Diagnos och funktionshinder (på svenska)**

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

*** Funktionshindrets förväntade varaktighet**

<input type="checkbox"/> Mindre än 3 mån	<input type="checkbox"/> 3-6 mån	<input type="checkbox"/> 6-12 mån	<input type="checkbox"/> Mer än 12 mån	Annan bedömning
--	----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------

*** Eventuella hjälpmedel eller gånghjälpmedel (Kryssa)**

<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator/gåstol	<input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av annan person	
<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven, storlek	Bredd cm	<input type="checkbox"/> El-moped, storlek	Bredd cm
<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade	
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket			

* Obligatoriska uppgifter

2 (3)

* **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 vägslag med mera), hans eller hennes förmåga att gå i trappor samt eventuellt andra för utredningens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.

* **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) Respektiva allmänna kommunikationsmedel som är särskilt anpassade för personer med funktionshinder, det vill säga låggolvfordon utan lift eller ramp.

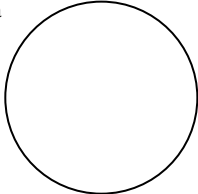
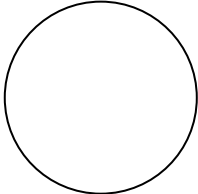
* **Bedömning av patientens behov av ledsagare eller reshjälp**

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	Om ja, motivera
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej	

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

3 (3)

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

* Underskrift

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

* Obligatoriska uppgifter