

Patientuppgifter

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

Intyg baserat på

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning | <input type="checkbox"/> Journalanteckningar |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad? | |

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

Funktionshinder

Art och omfattning, effekter. Beskrivning av patientens symtombild. Situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.

Förväntad 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 | <input type="checkbox"/> Prognos osäker |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|

Patientens möjligheter att förflytta sig på egen hand

Patientens möjligheter att med respektive utan hjälpmedel kunna förflytta sig på egen hand, med angivande av hans maximala gångsträcka, hans förmåga att gå i trappor samt eventuella andra för utredarens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.

Patientens möjligheter att använda vanliga eller särskilt anpassade allmänna kommunikationsmedel

Kan den sökande använda allmänna färdmedel?

Ja Nej

Patientens möjligheter (beskriv eventuella svårigheter) att kunna resa med allmänna kommunikationsmedel, förmåga att kunna stiga på och av en vanlig buss eller tåg och att åka med sådant färdmedel.

Behov av ledsagare

I förekommande fall bedömning av patientens förmåga att klara resan själv med den hjälp han kan få av föraren. Eventuellt behov av ledsagare/reshjälp motiveras.

Behov av särskild plats i fordonet

Eventuellt behov hos patienten av särskild plats i fordonet, till exempel att han av fysiska skäl (måste exempelvis sitta med raka ben) behöver extra utrymme och/eller vinklat säte.

Behov av fordonstyp

Bedömning av om patienten, vid färdtjänstbehov, kan resa i vanlig personbil eller om han behöver specialfordon (till exempel på grund av att han måste färdas sittande i rullstol)

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst, till exempel synskärpa, synfältinskränkning (ritas i förekommande fall in i en cirkel), hörselnedsättning.



Vänster öga



Höger öga

Underskrift legitimerad läkare

Datum	Ort	Namnförtydligande
Underskrift		
Eventuell specialistkompetens		Telefon
Tjänsteställe och postadress		