

Läkarutlåtande till ansökan om färdtjänst

(Ifyllt utlåtande skickas till sökande för underskrift)

Personuppgifter

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

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)

Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc

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

Information till läkare

Enligt §7 Lag om färdtjänst ska färdtjänst beviljas den som på grund av funktionshinder som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

Gällande regler för sjuk- och behandlingsresor samt tandvård, hänvisas patienter till vårdgivaren. Vid frågor kontakta Sjukreseenheten, Landstinget Sörmland tfn 0155-247357.

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser.

Funktionsnedsättning

Art, omfattning och effekter. Beskrivning av sökandens symtombild, situationer då sökandes besvär förekommer.

Funktionshindrets förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån
 3-6 mån
 6-12 mån
 Mer än 12 mån
 Annan bedömning, tid _____

Eventuella gånghjälpmedel

Stödkäpp/kryckor
 Rollator/gästol
 Rullstol, manuell
 Rullstol, eldriven
 Elmoped
 Ledarhund
 Tekniskäpp/markeringssäp för synskadade
 Annat, Vad? _____
 Övrigt: _____

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

<p>Yrsel</p> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
<p>Astmatiska besvär</p> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
<p>Kärlkramp</p> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
<p>Epilepsi</p> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens

Sökandens förmåga att förflytta sig på egen hand

Att **med** eller **utan** hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka i meter med eller utan vilopaus, förmåga att gå i trappor.

Genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning med mera)

Sökandes behov av hjälp i fordonet under resa

Om ja, vilken form av hjälp?

Om sökande inte kan samåka med andra

Ange specifika skäl.

Underskrift läkare

Datum och leg. läkares underskrift	Läkares arbetsplats, t.ex sjukhus, vårdinrättning
Namnförtydligande	Telefonnummer

Underskrift sökande

Sökande har tagit del av innehållet i detta utlåtande

Datum och sökandes underskrift

Hantering av personuppgifter: Kommunen blir personuppgiftsansvarig för dina personuppgifter när du fyllt i blanketten och skickat in den till oss. Mer information om hur vi hanterar personuppgifter hittar du på vår webbplats www.gnesta.se/gdpr.