



ÖRNSKÖLD SVIKS KOMMUN

LÄKARUTLÅTANDE

till ansökan om färdtjänst riksfärdtjänst

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Utlåtande baserat på (ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc)

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök den /	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning den /
<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?

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser (Haft besvären sedan)

Funktionshinder

Art och omfattning

Patientens förmåga att förflytta sig

Funktionshindrets inverkan på sökandens förflyttningsförmåga (i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag mm). Förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter.
Maximal gångsträcka med hjälpmedel _____ meter. Utan hjälpmedel _____ meter

Eventuellt pågående eller planerad behandling/rehabilitering

<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja, följande:.....

Gånghjälpmedel

<input type="checkbox"/> stödkäpp <input type="checkbox"/> rullator <input type="checkbox"/> rullstol, manuell <input type="checkbox"/> rullstol, eldriven <input type="checkbox"/> elmoped <input type="checkbox"/> ledarhund <input type="checkbox"/> teknikkäpp
<input type="checkbox"/> markeringskäpp för synskadade <input type="checkbox"/> kryckor <input type="checkbox"/> gåstol <input type="checkbox"/> annat, ange;



Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Funktionshindrets inverkan på sökandens förmåga att använda allmänna kommunikationer. Förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter.

Klarar patienten att på egen hand resa med buss? Ja Nej, ange anledning nedan
Klarar patienten att på egen hand resa med tåg? Ja Nej, ange anledning nedan
Klarar patienten att på egen hand resa med flyg? Ja Nej, ange anledning nedan

Klarar patienten att resa med allmänna kommunikationer tillsammans med en ledsagare? Ja Nej, ange anledning

Patientens behov av ledsagare vid färdtjänstresor

Har patienten behov av ledsagare vid färdtjänstresor? Nej Ja, ange anledning och hjälpbehov

Hinder för samåkning samt behov av särskild plats i fordon

Klarar patienten samåkning med andra färdtjänstresenärer? Ja Nej, ange anledning

Funktionshindrets förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån 1-2 år 2-3 år Livslångt Annat,ange

Underskrift

Datum och underskrift	Tjänsteställe
Namnförtydligande	Telefonnummer/mail

Ansökan skickas till:
Samhällsbyggnadsförvaltningen
Trafik och parkering
Färdtjänst, 891 88 Örnsköldsvik