



ÖRNSKÖLDSVIKS KOMMUN

UTLÅTANDE Sjukgymnast Arbetsterapeut Sjuksköterska
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 (fysiska och psykiska) samt sjukdomsdebut år

Funktionsnedsättning

Beskriv patientens symptom-bild. Omfattning (vid skov beskriv hur ofta och hur länge de varar), situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.

Patientens förmåga att förflytta sig

Funktionsnedsättningens inverkan på patientens förflyttningsförmåga (i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag m.m.). 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"/> rollator | <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"/> kryckor | <input type="checkbox"/> gåstol | <input type="checkbox"/> markeringskäpp för synskadade | <input type="checkbox"/> annat, ange; | | | |



Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Funktionsnedsättningens inverkan på sökandens förmåga att använda allmänna kommunikationer. Förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter såsom på- och avstigning, byten, läsa tidtabell, höra utrop etc.

Klarar patienten att **resa med buss**? Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Klarar patienten att **resa med tåg**? Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Klarar patienten att **resa med flyg**?
(med den service som flyget erbjuder) Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Beskriv patientens svårigheter att på egen hand eller med en ledsagare resa med dessa allmänna kommunikationer:

Patientens behov av ledsagare vid färdtjänstresor

Enbart behov av hjälp vid resmålet t.ex. att bära varor, inköp m.m. berättigar inte till ledsagare vid färdtjänstresa. Endast hjälp knuten till själva bilfärden kan berättiga till ledsagare.

Har patienten behov av ledsagare vid färdtjänstresor? Nej Ja, ange **anledning** samt **hjälpbehov** under taxiresan:

Medicinska orsaker till behov av ensamåkning, specialfordon eller särskild plats i fordon

Klarar patienten samåkning med andra färdtjänstresenärer? Ja Nej, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av specialfordon? Nej Ja, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av särskild plats i fordonet? Nej Ja, ange medicinsk orsak:

Funktionsnedsättningens 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	Tjänstetitel och Tjänsteställe
Namnförtydligande	Telefonnummer och E-post

Utlåtande skickas till:

Samhällsbyggnadsförvaltningen
Trafikenheten, Färdtjänst
891 88 Örnsköldsvik