



Utlåtande av

<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Sjukgymnast/Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Sjuksköterska	<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Psykolog
---------------------------------	--	--	---	-----------------------------------

Till ansökan om

<input type="checkbox"/> Färdtjänst	<input type="checkbox"/> Riksfärdtjänst
-------------------------------------	---

Patientens personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefonnummer

Utlåtande är baserat på (kryssa i aktuella rutor och ange datum)

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

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos (<i>fysisk/psykisk</i>) samt sjukdomsdebut år
Övriga diagnoser (<i>fysiska/psykiska</i>) samt sjukdomsdebut år
Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/medicinsk utredning (ange datum)

Ögonsjukdomar

Har patienten en synnedättning? <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Om ja, vilken synnedättning har patienten?
Beskriv vad synnedättningen innebär och med vilka hjälpmedel synen kan korrigeras.	



Funktionsnedsättning

Beskriv patientens symtombild, omfattning av funktionsnedsättningen (vid skov beskriv hur ofta och hur länge de varar) och situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån 1-2 år 2-3 år Livslångt

Annat, ange:

Patientens förmåga att förflytta sig

Beskriv funktionsnedsättningens påverkan på patientens förflyttningsförmåga (i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag m.m.) samt patientens förmåga att klara nivåskillnader.

Hur långt bedöms patienten vanligtvis kunna gå, inklusive kortare vilopausar?

Max antal meter **med** hjälpmedel: _____ meter.

Max antal meter **utan** hjälpmedel: _____ meter.

Ange antal vilopausar patienten behöver ta för att gå ovan angivna maximala gångsträcka: _____ st.

Förflyttningshjälpmedel

Inget Stödkäpp Kryckor Rollator Rullstol, manuell Rullstol, eldriven Elmoped

Gåbord Ledarhund Markeringskäpp för synnedsetta Annat, ange:



Funktionsnedsättningens påverkan på patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Patientens förmåga att klara väsentliga uppgifter som på- och avstigning med eventuella hjälpmedel, att förflytta sig i fordonet, att klara byten, läsa tidtabell, höra utrop m.m. Avsaknad av allmänna kommunikationer är inte skäl som berättigar till färdtjänst/riksfärdtjänst.

Klarar patienten **att resa med buss**?

- Ja, på egen hand.
- Ja, med hjälp av en ledsagare. **Beskriv patientens svårigheter att resa med buss på egen hand och vad ledsagare behöver hjälpa till med vid resan (obligatorisk).**
- Nej, inte alls. **Beskriv patientens svårigheter att resa med buss och varför det inte går trots hjälp av ledsagare (obligatorisk).**

Klarar patienten **att resa med tåg**?

- Ja, på egen hand.
- Ja, med hjälp av en ledsagare. **Beskriv patientens svårigheter att resa med tåg på egen hand och vad ledsagare behöver hjälpa till med vid resan.**
- Nej, inte alls. **Beskriv patientens svårigheter att resa med tåg och varför det inte går trots hjälp av ledsagare.**

Klarar patienten **att resa med flyg** med den assistans som flyget erbjuder?

- Ja, på egen hand.
- Ja, med hjälp av en ledsagare. **Beskriv patientens svårigheter att resa med flyg på egen hand och vad ledsagare behöver hjälpa till med vid resan.**
- Nej, inte alls. **Beskriv patientens svårigheter att resa med flyg och varför det inte går trots hjälp av ledsagare.**



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, beskriv vad patienten behöver hjälp med under bilfärden:

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

Klarar patienten **samåkning** med andra färdtjänstresenärer?

Ja Nej, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av **specialfordon**? (t ex pga svårigheter att flytta över till bilsäte)

Nej Ja, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av **särskild plats** i fordonet?

Nej Ja, ange plats och medicinsk orsak:

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av färdtjänst/riksfärdtjänst

Underskrift

Datum och underskrift	Namnförtydligande
Tjänstetitel	Tjänsteställe
Telefonnummer	E-post

Utlåtande skickas till:

Örnsköldsviks kommun
Trafikenheten, Färdtjänst
891 88 Örnsköldsvik

Vid frågor kontakta

Telefon 0660 - 886 79 (helgfri vardag kl. 08:15-09:30)
E-post: fardtjanst@ornskoldsvik.se