



Läkarutlåtande till ansökan om färdtjänst

Ankomstdatum

Information till läkare, som skriver utlåtandet

Färdtjänst är en transportform för den som pga. funktionshinder, som inte är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer. Färdtjänst kan inte erhållas enbart pga. att allmänna kommunikationer saknas eller är dåligt utbyggda.

Färdtjänst får inte användas för resor som bekostas av annan huvudman t.ex. sjukresor. För ansökan om sjukresor ska vårdgivarintyg sändas till sjukreseenheten.

En färdtjänstresenär kan vid behov få hjälp av chauffören med att hämtas och lämnas på avtalad plats, komma i och ur fordonet samt hjälp med att bära normalt resgods till och från bilen. Om resenären har ett hjälpbehov under själva resan, utöver den hjälp som chauffören tillhandahåller, kan ledsagare beviljas. Enbart behov av hjälp på resmålet berättigar inte till ledsagare. Hjälpbehov vid sjukresor ska styrkas med vårdgivarintyg till sjukreseenheten.

Personuppgifter

Namn, sökande	Personnummer
---------------	--------------

Intyg baserat på

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök	Datum	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhöriga eller god man	Datum	<input type="checkbox"/> Annat	Ange vad

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

Genomförd, pågående eller planerad behandling (Resultat, målsättning m.m.)

--

Eventuella mediciner (som är av betydelse för bedömning av färdtjänstbehovet)

--

Funktionshinder

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

--

Funktionshindrets förväntade 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	Annan bedömning
--	----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------

Eventuella hjälpmedel vid förflyttning

<input type="checkbox"/> Stödkäppar/Kryckor	<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	<input type="checkbox"/> Teknikkäpp/Markeringskäpp för synskadade	
<input type="checkbox"/> Rollator/Gästol	<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand och uppskattad förflyttningssträcka

Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Anpassade kommunikationer som låggolvsbuss, flexbuss eller vanlig buss

Färdmedel

Kan patienten färdas i vanlig personbil/taxi		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, patienten måste färdas med specialfordon	<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket

Bedömning av patientens eventuella färdtjänstbehov

Ställningstagande motiveras

Bedömning av patientens behov av ledsagare vid färdtjänstresa

Den som har ett hjälpbehov under själva resan, utöver den hjälp som föraren ger kan beviljas ledsagning. Rätt till ledsagning vid färdtjänst föreligger ej, om hjälpbehovet enbart gäller hjälp vid resmålet. Ställningstagande motiveras.

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst, t.ex. synskärpa, synfältsbortfall, psykiska funktionshinder eller annat.

Underskrift

Ort och datum	
Leg läkare, namnteckning	Namnförtydligande
Tjänsteställe	Telefon

Sicka utlåtandet till:

Uddevalle kommun, Socialtjänsten, Biståndsavdelningen, Kilbäcksgatan 32, 451 81 Uddevalla