|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | |
| Undersökning av sökanden vid besök \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Uppgifter från sökanden, utan undersökning | | | | | |
| Journalanteckningar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Personlig kännedom sedan år \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Uppgifter från anhörig eller god man | | | Annat, vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Information till läkareEnligt §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 sökanden till vårdgivaren.  Vid frågor kontakta Sjukreseenheten, Region Sörmland 0155-24 73 57 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/gåstol | Rullstol, manuell | | Rullstol, eldriven | | | Elmoped |
| Ledarhund | Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade | | | Annat, Vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Övrigt: | | | | | | | |

### Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

|  |  |
| --- | --- |
| **Yrsel**  Lätt  Måttlig  Grav | Frekvens och konsekvens |
| **Astmatiska besvär**  Lätt  Måttlig  Grav | Frekvens och konsekvens |
| **Kärlkramp**  Lätt  Måttlig  Grav | Frekvens och konsekvens |
| **Epilepsi**  Lätt  Måttlig  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 | |
|  | |