Oxelösund

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 _____
- ☐ Journalanteckningar _____
- ☐ Uppgifter från anhörig eller god man
- ☐ Uppgifter från sökanden, utan undersökning
- ☐ Personlig kännedom sedan år _____
- ☐ Annat, vad? _____

Information till läkare

Enligt §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, Landstinget 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.

Oxelösund

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.

Oxelösund

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

* Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan databehandlas för administration av ärendet. Ändamålet är därför att handlägga, administrera, utöva tillsyn och i förekommande fall avgiftsdebitera ansökningar/ärenden inom nämndens ansvarsområde. Behandling sker enbart för dess ändamål och uppgifterna kommer inte att lämnas ut till någon annan. Information om registrerade personuppgifter lämnas efter skriftlig begäran ställd till Personuppgiftsansvarig, Oxelösunds kommun, Vård- och omsorgsnämnden, 613 81 Oxelösund. Vill Du begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift kan Du vända dig till samma adress eller ringa 0155 - 380 00.