

LÄKARUTLÅTANDE TILL ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Kompletterande uppgifter till "Ansökan om färdtjänst/förnyad färdtjänst" om det begärt av handläggare. Läkarylåtande ensamt berättigar inte till färdtjänst, utan utgör en del av ett vidare beslutsunderlag.

Information till dig som skriver utlåtande

Färdtjänst är ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken som personer med giltigt tillstånd kan nyttja. Färdtjänst kan beviljas den som på grund av funktionshinder, som inte är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig å egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer. Avsaknad av allmänna kommunikationer berättigar inte till färdtjänst.

För resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterad behandlad hänvisas till vårdgivaren.

Upplysningar om färdtjänst

Vill du ha mer information kontaktar du biståndshandläggare i Ödeshögs kommun.

Telefon: 0144-350 00

Uppgifter om den sökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Uppgifter i utlåtande baseras på

<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckning	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan (årtal): _____		

Beskrivning av funktionsnedsättning

Diagnos (på svenska om möjligt)	
Rörelsehinder har uppstått på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Sjukdomen/skadan uppstod (datum)

Beskriv sökandes tillstånd och ange vari funktionsnedsättningen består och ange särskilt hur det påverkar den sökande att förflytta sig på egen hand, vilka problem som uppstår om hjälpmedel används.

Vid demenssjukdom

Diagnos	Har utredning genomförts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja ovan, vad visar utredning?	

Varaktighet

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet: <input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år <input type="checkbox"/> Mer än 1 år <input type="checkbox"/> Varaktig

Behandling och rehabilitering

Pågår någon form av behandling eller rehabilitering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja ovan, beskriv pågående behandling:

Allmänna kommunikationer

Bedöms den sökande kunna resa med allmänna kommunikationer? <input type="checkbox"/> Ja, på egen hand <input type="checkbox"/> Ja, med stöd av annan <input type="checkbox"/> Nej
Om nej ovan, beskriv orsaken:

Hjälp i samband med resa

Behöver den sökande på grund av funktionsnedsättning hjälp i samband med resa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja ovan, vilken typ av hjälp? <input type="checkbox"/> Till och från bilen <input type="checkbox"/> Hjälp att kliva i och ur bilen <input type="checkbox"/> Sitta i rullstol vid resa <input type="checkbox"/> Hjälp under resa (dvs i själva bilen)
Om den sökande är i behov av hjälp under resan, beskriv på vilket sätt:

Underskrift

Underskrift leg läkare	Namnförtydligande
Vårdinrättning/klinik (namn och utdelningsadress)	
Datum för utfärdande (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Telefon (även riktnummer)

Underskrift sökande

Den sökande har tagit del av innehållet i detta utlåtande.

Ort datum

Namnteckning