

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Sökande

Namn	Personnummer
Adress, postnummer och ort	
Telefonnummer	

Intygsuppgifterna är baserade på

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Undersökning av sökande vid besök | År och datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning | År och datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man | År och datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Journalanteckningar | År och datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan | År och datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Annat (ange vad): _____ | |

Diagnos

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser (på svenska)

Funktionsnedsättning

Beskriv art, omfattning och effekter. Beskriv även patientens symtombild och situationer då patientens besvär förekommer.

Funktionsnedsättningen beräknas vara:

mindre än 3 månader 3-6 månader 6-12 månader mer än 12 månader

Hjälpmedel/och eller gånghjälpmedel

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor | |
| <input type="checkbox"/> Rollator/gåstol | |
| <input type="checkbox"/> Stöd/hjälp från annan person | |
| <input type="checkbox"/> Elmoped | Storlek: cm x cm |
| <input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven | Storlek: cm x cm |
| <input type="checkbox"/> Rullstol, manuell | |
| <input type="checkbox"/> Ledarhund | |
| <input type="checkbox"/> Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade | |
| <input type="checkbox"/> Annat (ange vad): _____ | |

Mediciner som är av betydelse för bedömning av färdtjänstbehov

Medicinens namn	Styrka	Dosering per dag

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Beskriv patientens förmåga att med eller utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand. Ange patientens maximala gångsträcka. Påverkar temperatur, väglag eller andra väderförhållanden? Beskriv patientens förmåga att gå i trappor. Beskriv eventuella andra uppgifter som är väsentliga för bedömningen av färdtjänstbehovet.

Patientens förmåga att använda vanliga eller särskilt anpassade kommunikationsmedel

Beskriv patientens förmåga och eventuella svårigheter att använda vanliga allmänna kommunikationsmedel som inte är särskilt anpassade för personer med funktionsnedsättning. Det är förmågan att stiga på och av en vanlig buss, spårvagn eller lokaltåg och att åka med sådant färdmedel. Beskriv även om förmågan att åka med allmänna kommunikationsmedel som är särskilt anpassade för personer med funktionsnedsättning (läggolvsfordon utan lift eller ramp och med kort avstånd till hållplats/hämtplats).

Bedömning av patientens eventuella färdtjänstbehov

Vilken är din bedömning av patientens färdtjänstbehov? Motivera ställningstagandet.

Patientens behov av färdmedel

- Kan åka med bil
- Behöver specialfordon
- Behöver åka i framsäte med extra benutrymme
- Behöver åka ensam

Bedömning av patientens behov av ledsagare/reshjälp

Har patienten förmåga att klara sig själv under resan med den hjälp patienten kan få av föraren?

Ja Nej, patienten behöver ledsagare (*patienten kan inte få ledsagare/reshjälp för behov enbart på resmålet*)


Om ja, motivera varför:

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst, till exempel synskärpa, eventuell förekomst av yrsel (lätt-måttlig-grav, orsak och frekvens).

Synfältinskränkning (rita i in i en av cirklarna)

Vänster öga Höger öga



Underskrift läkare

Läkarens namn	Telefonnummer
Eventuell specialistkompetens	

Datum	Underskrift läkare
-------	--------------------