

- ☐ Ansökan är inlämnad
- ☐ Ansökan bifogas med detta utlåtande
- ☐ Ansökan bifogas senare

Person och kontaktuppgifter	Namn	Personbeteckning
	Adress	Telefonnummer

Utlåtandet är baserat på (flera alternativ kan anges)	☐ Undersökning vid besök	Datum	☐ Personlig kännedom sedan	Datum
	☐ Journalanteckningar	Datum	☐ Annat	Datum

Diagnoser (på svenska)	Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser
-------------------------------	---

Funktions- nedsättning	Art, omfattning och effekter. Beskrivning av patientens symptombild. Situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer. OBS! Både fysiska och psykiska!
	På vilket sätt orsakar ovannämnda diagnoser ett behov av färdtjänst? (OBS! Färdtjänst beviljas inte på grund av att allmänna kommunikationer saknas eller är bristfälliga/begränsade)

Funktionsnedsättning forts.	Har patienten tydliga skillnader i rörelseförmågan under olika årstider?		
	☐ Ja ☐ Nej Om ja, hur?		
	Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet		
	☐ Mindre än 3 månader ☐ 3–6 månader ☐ 6–12 månader ☐ Mer än 12 månader ☐ Annan bedömning:		
	Behöver patienten använda hjälpmedel? Vilka?		
	Beskriv patientens förmåga att <u>med</u> respektive <u>utan</u> hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka, förmåga att gå i trappor.		
Beskriv patientens förmåga att använda allmänna kommunikationsmedel Förmåga att resa med fordon <u>med</u> eller <u>utan</u> lågt insteg.			
Behöver patienten hjälp av annan person från ytterdörren till taxin och vice versa?			
☐ Ja ☐ Nej Om ja, vilken form av hjälp?			
Behöver patienten aktiv hjälp i fordonet under själva resan?			
☐ Ja ☐ Nej Om ja, vilken form av hjälp?			
Läkarens bedömning av färdtjänstfordon			
☐ Taxi ☐ Taxi med rullstolslift ☐ Patienten kan använda sig av kollektivtrafik			

Läkarens kontaktuppgifter	Arbetsplats		
	E-post		Telefonnummer
Underskrift	Ort och datum	Namn	Namnförtydligande