



**Personuppgifter**

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

**Utlåtandet baserat på (flera alternativ kan anges)**

	Datum		Datum
<input type="checkbox"/> Undersökning av sökande vid besök	.....	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande utan undersökning	.....
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	.....	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	.....
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man		<input type="checkbox"/> Annat, ange vad	

**Diagnos (på svenska)**

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

**Funktionshinder**

Art, omfattning och effekter. Beskriv patientens symtombild. Situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer

**Funktionshindrets förväntade varaktigheter**

<input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån	<input type="checkbox"/> 6-12 mån	<input type="checkbox"/> Mer än 12 mån	<input type="checkbox"/> Annan bedömning, ange
--	-----------------------------------	--	--

**Mediciner som är av betydelse**

Medicinens namn	Styrka	Dosering per dag



**Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand**

Patientens förmåga att med /utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand, med angivande av hans/hennes maximala gångsträcka ( i förekommande fall huruvida den påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt vägslag mm), hans/hennes förmåga att gå i trappor samt ev. andra för utredarens bedömning av färdtjänstbehov väsentliga uppgifter.

**Patientens förmåga att använda vanliga eller särskilt anpassade allmänna kommunikationer**

Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationsmedel, som ej är särskilt anpassade för funktionshindrade ( förmåga att stiga av och på buss) respektive allmänna kommunikationsmedel som är särskilt anpassade för personer med funktionshinder (lågolfordon)

**Bedömning av patientens möjligheter att samåka samt eventuell särskild plats i fordonet**

Behov av samåkning motiveras t ex på grund av ökad infektionskänslighet. Behov av särskild plats i fordonet motiveras t ex att patienten av fysiska skäl måste sitta med raka ben) behöver extra utrymme och/eller vinklat säte.

**Bedömning av patientens behov av ledsagare/reshjälp**

Eventuellt behov av ledsagare/reshjälp motiveras. (Rätt till ledsagare/reshjälp vid färdtjänstresa föreligger ej för behov enbart på resmålet).

**Övrigt**

Övrigt av intresse för bedömningen av behovet av färdtjänst, t ex synskärpa, synfältsinskränkning, eventuell förekomst av yrsel ( lätt-måttlig-grav, orsak och frekvens) samt allergi

**Profession**

<input type="checkbox"/> Sjukgymnast	<input type="checkbox"/> Läkare
<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annan legitimation:

**Underskrift**

Legitimerad sjukvårdspersonals underskrift	Namnförtydligande
	Telefon

**Utdrag ur lagen om riksfärdtjänst SFS 1997:735**

”§ 5 Tillstånd skall meddelas om resan till följd av den sökandes **funktionshinder inte till normala resekostnader, kan göras med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare.**”

**Utdrag ur lagen om färdtjänst SFS 1997:736**

”§ 7 Tillstånd till färdtjänst skall meddelas 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 kommunikationer.**”

**Sändes åter till: Storumans kommun, Kommunstyrelsen/Färdtjänst, 923 81 Storuman**