



## Medicinskt utlåtande om färdtjänst/riksfärdtjänst

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

### Utlåtandeuppgifter är baserade på (kryssa i aktuell/aktuella rutor)

Besök av den sökande	Telefonkontakt med sökande	Kontakt med anhörig
Journalanteckningar	Kännedom om sökanden sedan, datum	

### Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos	Debuterade, år
Övriga diagnoser	Debuterade, år
Aktuella, genomförda eller planerade behandlingar/medicinska utredningar	

### Funktionsnedsättning

Beskriv patientens symptombild. Omfattning (vid skov, beskriv hur ofta och länge de varar), situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.



## Patientens förmåga att förflytta sig

Funktionsnedsättningens inverkan på patientens förflyttningsförmåga ( i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag m.m.). Förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter.

Maximal gångsträcka med hjälpmedel \_\_\_\_\_ meter. Utan hjälpmedel \_\_\_\_\_ meter.

## Gånghjälpmedel

Stödkäpp	Rollator	Rullstol, manuell	Rullstol, eldriven	Elmoped	ledarhund	teknikkäpp
Kryckor	Gåstol	Markeringskäpp för synskadade		Annat, ange: _____		

## Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Funktionsnedsättningens inverkan på sökandens förmåga att använda allmänna kommunikationer. Förmågan att klara nivåskillnader samt eventuella andra väsentliga uppgifter såsom på- och avstigning, byten, läsa tidtabell, höra utrop etc.

Klarar patienten att **resa med buss**?      Ja, på egen hand      Ja, med hjälp av en ledsagare      Nej, inte alls

Klarar patienten att **resa med tåg**?      Ja, på egen hand      Ja, med hjälp av en ledsagare      Nej, inte alls

Klarar patienten att **resa med flyg**?      Ja, på egen hand      Ja, med hjälp av en ledsagare      Nej, inte alls

( med den service som flyget erbjuder)

**Beskriv patientens svårigheter att på egen hand eller med en ledsagare resa med dessa allmänna kommunikationer:**

### Patientens behov av ledsagare vid färdtjänstresor

Enbart behov av hjälp vid resmålet t.ex. att bära varor, inköp m.m. berättigar inte till ledsagare vid färdtjänstresa. Endast hjälp knuten till själva bilfärden kan berättiga till ledsagare.

Har patienten behov av ledsagare vid färdtjänstresor?      Nej      Ja, ange **anledning** samt **hjälpbehov** under taxiresan:

### Medicinska orsaker till behov av ensamåkning, specialfordon eller särskild plats i fordon

Klarar patienten samåkning med andra resenärer?      Ja      Nej, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av specialfordon?      Nej      Ja, ange medicinsk orsak:

Har patienten behov av särskild plats i fordonet?      Nej      Ja, ange medicinsk orsak:

### Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån      3-6 mån      6-12 mån      1-2 år      2-3 år      Livslångt      Annat, ange:

### Skulle du bevilja patienten en sjukresa med taxi?

Ja

Nej

### Underskrift

Datum och underskrift	Tjänstetitel och Tjänsteställe
Namnförtydligande	Telefonnummer och E-post

### Utlåtandet skickas till:

Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands Län  
Färdtjänst  
Box 143, 841 22 Ånge

### Mejladress:

fardtjanst@dintur.se