

LÄKARUTLÅTANDE

Till ansökan om färdtjänst

Uppgifter om patienten

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

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges). Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc.

Undersökning av sökande vid besök	Datum	Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum
Journalanteckningar	Datum	Personlig kännedom sedan	Datum
Uppgifter från anhörig eller god man	Datum	Annat	Datum

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

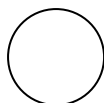
Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

Yrsel	Frekvens och påföljd
Lätt Måttlig Grav	
Astmatiska besvär	Frekvens och påföljd
Lätt Måttlig Grav	
Kärlkramp	Frekvens och påföljd
Lätt Måttlig Grav	
Epilepsi	Frekvens och påföljd
Lätt Måttlig Grav	

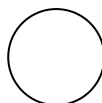
Vid synfältinskränkning

Ange grader av synnedsättning (vänster öga)	Ange grader av synnedsättning (höger öga)
---	---

Vänster öga



Höger öga



Funktionsnedsättning

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

Genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning m m)**Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet**

Mindre än 3 mån	3-6 mån	6-12 mån	Mer än 12 mån	Annan bedömning
-----------------	---------	----------	---------------	-----------------

Eventuella gånghjälpmedel

Stödkäpp/kryckor	Rollator/gåstol	Rullstol, manuell	Rullstol eldriven	Elmoped
Ledarhud	Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade	Annat	Vad?	

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Patientens förmåga att **med** respektive **utan** hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka, förmåga att gå i trappor

Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationsmedel

Förmåga att resa med fordon med eller utan lågt insteg

Bedömning av patientens möjligheter att samåka samt eventuellt behov av särskild plats i fordonet

Samåkning innebär som regel viss längre resväg och restid. Eventuellt behov av ensamåkning ska utförligt motiveras. Eventuellt behov av särskild plats i fordonet ska även det utförligt motiveras

Bedömning av patientens behov av ledsagare

Behöver patienten aktiv hjälp i fordonet under själva resan? Om ja, vilken form av hjälp?

Underskrift

Datum och leg. läkares underskrift	Vårdinrättning	Eventuell specialkompetens
Namnförtydligande		Telefonnummer

Läkarutlåtandet skickas till:

Linköpings kommun, Färdtjänst, 581 81 Linköping

Besöksadress: Drottninggatan 45, Linköping

Telefon vxl: 013-20 60 00. Kundtjänst: 013-20 64 00. Fax: 013-26 26 12

E-postadress: samhallsbyggnadsnamnden@linkoping.se

Information om behandling av personuppgifter (Personuppgiftslagen SFS 1998:204)

Personuppgifter som lämnas i läkarutlåtandet behandlas i dataregister av *samhallsbyggnadsnämnden* för administration och tillståndsgivning. För att möjliggöra planering, beställning och administration av resor samt framställning av statistik överförs uppgifterna till dataregister hos beställningscentralen. Personnummer lämnas inte ut till transportör vid beställning av resa.