

## Läkarutlåtande till ansökan om färdtjänst och riksfärdtjänst

(Ifyllt utlåtande skickas till sökande för underskrift)

### Personuppgifter

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

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

**Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök _____ | <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning |
| <input type="checkbox"/> Journalanteckningar _____                | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år _____          |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man     | <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____                          |

### Information till läkare

Enligt §7 Lag om färdtjänst ska färdtjänst beviljas 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 kommunikationsmedel.

Gällande regler för **sjuk- och behandlingsresor** samt tandvård, hänvisas sökanden till vårdgivaren. Vid frågor kontakta Sjukreseenheten, Landstinget Sörmland tfn **0155-247357**

### Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser.

---



---



---



---

### Funktionsnedsättning

Art, omfattning och effekter. Beskrivning av sökandens symtombild, situationer då sökandes besvär förekommer.

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Funktionshindrets förväntade varaktighet**

Mindre än 3 mån  3-6 mån  6-12 mån  Mer än 12 mån  Annan bedömning, tid \_\_\_\_\_

**Eventuella gånghjälpmedel**

Stödkäpp/kryckor  Rollator/gåstol  Rullstol, manuell  Rullstol, eldriven  Elmoped  
 Ledarhund  Teknikkäpp/markeringssäpp för synskadade  Annat, Vad? \_\_\_\_\_

Övrigt: \_\_\_\_\_

**Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst**

<b>Yrsel</b> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
<b>Astmatiska besvär</b> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
<b>Kärlkramp</b> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
<b>Epilepsi</b> <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens

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

Att **med** eller **utan** hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka i meter **med** och **utan** vilopaus, förmåga att gå i trappor.

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning med mera)**

--

**Sökandes behov av hjälp i fordonet *under resa***

Om ja, vilken form av hjälp?

--

**Om sökande inte kan samåka med andra**

Ange specifika skäl.

--

**Underskrift läkare**

Datum och leg. läkares underskrift	Läkarens arbetsplats, t.ex sjukhus, vårdinrättning
Namnförtydligande	Telefonnummer