



Läkarutlåtande

angående särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

Läkarens namn och arbetsplats	Sökandes personnummer
	Namn
Telefon	Adress
Besöksdatum	Sökandes telefon
Intyg baserat på: <input type="checkbox"/> Undersökning vid besöket <input type="checkbox"/> Journalanteckningar <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	

DIAGNOSER - FUNKTIONSFÖRMÅGA

Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

Sjukdomsdebut år:

Övriga diagnoser av betydelse för behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

Beskriv sökandens synliga/dolda funktionshinder

--

Beskriv vilka svårigheter sökanden har att resa med allmän kollektivtrafik

--

Betingelser under vilka sökanden kan klara resor med allmän kollektivtrafik

--

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/rehabilitering

--

SMÄRTA – VÄRK (Koder för gradering av smärta och värk)

1= Lätt 2= Endast vid kraftig ansträngning 3= Redan vid lätt ansträngning 4= Vilosmärta, kraftig spontan smärta i vila

Ange graden av smärta och värk med ovanstående kodsiffror:

	Kod	Kod	Röntgenverifikat
Höftled, höger sida	Vänster sida År
Knäled, höger sida	Vänster sida
Vrist och fot, höger sida	Vänster sida

Ange graden av smärta och värk

	Kod	Röntgenverifikat
Ländrygg	År
Nacke

HJÄRT- OCH/ELLER LUNGSJUKDOMAR

Vilodyspné	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Måttlig	<input type="checkbox"/> Grav	Personnummer
Ansträngningsdyspné	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Måttlig	<input type="checkbox"/> Grav	Kommentar

ASTMA BRONKIALE / KOL

Astmatyp: <input type="checkbox"/> Endogen <input type="checkbox"/> Exogen	Svårighetsgrad: <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav
Ange om möjligt symtomframkallande allergen	Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna Antal ggr

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR

Ataxi/Spasticitet	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Måttlig	<input type="checkbox"/> Grav	Kommentar
Pares (ange kroppsdel):	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Måttlig	<input type="checkbox"/> Grav	

YRSEL

<input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Ange orsak och frekvens
--	-------------------------

ÖGON/ÖRONSJUKDOMAR (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)

Synskärpa: <input type="checkbox"/> Med korr <input type="checkbox"/> Utan korr	Synfältinskränkning: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav
Höger öga: Vänster öga:	Har patienten ledsyn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är sökandes hörsel: <input type="checkbox"/> Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Döv	

FÖRFLYTTNINGSSVÅRIGHETER

Gångförmåga: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Nedsatt	Maximal gångsträcka på plan mark: <input type="checkbox"/> 0 - 50m <input type="checkbox"/> 50 - 200m <input type="checkbox"/> >200m
Måste den sökande använda sig av hjälpmedel vid förflyttning? <input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland	Hjälpmedel:

BEDÖMNING AV SÄRSKILD KOLLEKTIVTRAFIK (FÄRDTJÄNST)

Behov föreligger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kan ej bedöma	Om behov föreligger enbart vintertid: <input type="checkbox"/> En vinter <input type="checkbox"/> Antal vintrar: <input type="checkbox"/> Vinter för all framtid
Ange funktionshindrets beräknade varaktighet : <input type="checkbox"/> Antal: mån <input type="checkbox"/> Antal: år <input type="checkbox"/> För all framtid	
Färd sätt: <input type="checkbox"/> Av färdtjänsten anvisat fordon <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bårburen resa	
Innebär sökandens funktionshinder att det är omöjligt att resa tillsammans med annan resenär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, specificera varför:	
Är sökanden i behov av ledsagare för att kunna resa med särskild kollektivtrafik (färdtjänst) ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, beskriv ledsagarens uppgift:	

Ofullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering

.....

Datum

Läkarens underskrift