

Medicinskt utlåtande avseende Färdtjänst eller Riksfärdtjänst

Information till dig som skriver utlåtandet: Färdtjänst kan bli aktuellt för den som på grund av en funktionsnedsättning, vilken beräknas bestå i minst 3 månader, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller att nyttja allmänna kommunikationer. Medicinskt utlåtande kan skrivas av exempelvis läkare, sjuksköterska, fysioterapeut eller liknande profession som bedöms ha kännedom och kunna besvara nedanstående uppgifter.

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress	Telefon inkl. riktnummer
Postnummer och ort	

1. Diagnos/diagnoser

Ange relevant diagnos för ansökan till färdtjänst samt varaktigheten för varje diagnos

Diagnos	ICD-kod	Uppstod/Upptäcktes	Varaktighet

2. Pågående/planerad medicinsk behandling:

--

3. Funktionsnedsättning

Beskriv patientens funktionsnedsättning (art, omfattning, effekter) i relation till ovan nämnda diagnos/diagnoser.

4. Aktivitetsbegränsning avseende självständig förflyttning

Hur långt kan patienten förflytta sig med gånghjälpmedel? (Ange vilket/vilka gånghjälpmedel som används, gångtakt samt beskriv gångförmågan i exempelvis trappa.)

5. Aktivitetsbegränsning allmänna kommunikationer

Beskriv vilka möjligheter patienten har att använda allmänna kommunikationer som buss och tåg. Beskriv även om det finns skillnader för patienten beroende på årstid.

6. Intyget baseras på:

<input type="checkbox"/> Undersökning av patienten datum:	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar datum:
<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	<input type="checkbox"/> Annat ange vad:

Underskrift – Jag intygar att utlåtandet är sanningsenligt ifyllt.

Datum	Vårdenhet
Intygsskrivandes namnunderskrift	Telefonnummer inkl. riktnummer
Namnförtydligande	Utdelningsadress
Specialistkompetens	Postnummer och ort

Vid frågor:

Färdtjänstenheten nås på telefonnummer: 0771-55 30 00 mån-fre kl.10.00-12.00.

E-post: fardtjanstenheten@regionorebrolan.se