



Kompletterande uppgifter till "Ansökan om färdtjänst/förnyad färdtjänst" om det begärts av handläggare. Läkarutlåtande ensamt berättigar inte till färdtjänst, utan utgör en del av ett vidare beslutsunderlag.

Information till dig som skriver utlåtande

Färdtjänst är ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken som personer med giltigt tillstånd kan nyttja. Färdtjänst kan 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 kommunikationer. Avsaknad av allmänna kommunikationer berättigar inte till färdtjänst.

Riksfärdtjänst kan beviljas den som till följd av ett stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt, det vill säga att resan inte kan genomföras till normala resekostnader med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare.

Frågor gällande resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterad behandling hänvisas till vårdgivaren eller regionens sjukresekontor, telefon 010-103 04 40.

Upplysningar om färdtjänst

Vill du ha mer information kontaktar du socialförvaltningen i Vadstena kommun.

Sökandes personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefonnummer

Till ansökan om

Färdtjänst Riksfärdtjänst

Utlåtande av

Läkare Sjuksköterska Sjukgymnast/Fysioterapeut Arbetsterapeut

Utlåtande är baserat på (kryssa i aktuella rutor och ange datum)

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökande vid besök	Datum	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande, utan undersökning	Datum	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från <input type="checkbox"/> anhörig <input type="checkbox"/> god man	Datum	<input type="checkbox"/> Annat, vad?	



Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos (<i>fysisk/psykisk</i>) samt sjukdomsdebut år
Övriga diagnoser (<i>fysiska/psykiska</i>) samt sjukdomsdebut år
Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/medicinsk utredning (ange datum)

Funktionsnedsättning

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

Ögonsjukdomar

Har sökande en synnedsättning? <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Om ja, vilken synnedsättning har sökande?
Beskriv vad synnedsättningen innebär och med vilka hjälpmedel synen kan korrigeras.	
Beskriv vad synnedsättningen innebär med hänsyn till möjlighet att använda kollektivtrafiken, t ex vad gäller förmågan att läsa, orientera sig och avståndsbedömning.	



Sökandes förmåga att förflytta sig

Beskriv funktionsnedsättningens påverkan på sökandes förflyttningsförmåga (i förekommande fall huruvida förmågan påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag m.m.) samt sökandes förmåga att klara nivåskillnader.

Hur långt bedöms sökande vanligtvis kunna gå?

Max antal meter **med** hjälpmedel: _____ meter.

Max antal meter **utan** hjälpmedel: _____ meter.

Behöver sökande ta kortare vilopauser för att kunna gå den ovan angivna sträckan? Ja Nej

Om ja, hur många gånger? _____ gång(er)

Gånghjälpmedel

- Stödkäpp Kryckor Rollator Rullstol, manuell Rullstol, eldriven Elmped
 Gåstol Ledarhund Markeringskäpp för synnedsatta Annat, ange:

Funktionsnedsättningens påverkan på sökandes förmåga att använda allmänna kommunikationer

Sökandes förmåga att klara väsentliga uppgifter som på- och avstigning med eventuella hjälpmedel, att förflytta sig i fordonet, att klara byten, läsa tidtabell, höra utrop m.m. Avsaknad av allmänna kommunikationer är inte skäl som berättigar till färdtjänst/riksfärdtjänst.

Klarar sökande **att resa med buss**?

- Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Om sökande inte kan resa på egen hand eller behöver hjälp av en ledsagare, beskriv sökandes svårigheter:



Klarar sökande **att resa med tåg**?

Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Om sökande inte kan resa på egen hand eller behöver hjälp av en ledsagare, beskriv sökandes svårigheter:

Klarar sökande **att resa med flyg**? (med den service som flyget erbjuder)

Ja, på egen hand Ja, med hjälp av en ledsagare Nej, inte alls

Om sökande inte kan resa på egen hand eller behöver hjälp av en ledsagare, beskriv sökandes svårigheter:

Sökandes 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 färden kan berättiga till ledsagare.*

Har sökande behov av **ledsagare** vid färdtjänstresor?

Nej

Ja, beskriv vad sökande behöver hjälp med under färden i fordonet:

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

Klarar sökande **samåkning** med andra färdtjänstresenärer?

Ja Nej, ange plats och medicinsk orsak:

Har sökande behov av **specialfordon**? (t ex pga väsentliga svårigheter att flytta över till bilsäte)

Nej Ja, ange plats och medicinsk orsak:

Har sökande behov av **särskild plats** i fordonet?

Nej Ja, ange plats och medicinsk orsak:



Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

- Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån 1-2 år 2-3 år 3-5 år Livslångt
 Annat, ange:

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst/riksfärdtjänst

Underskrift

Datum och underskrift	Tjänstetitel och tjänsteställe
Namnförtydligande	Telefonnummer och e-post

Underskrift sökande

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Läkarutlåtandet skickas till:

Socialförvaltningen
Vadstena kommun
592 80 Vadstena
Telefon: 010-234 71 65