



Utlåtandet kan utfärdas av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast eller annan med specialistkompetens.

Information till den som skriver utlåtandet

Färdtjänst är en transportform för den som p.g.a. funktionshinder, som inte är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer. Färdtjänst kan inte beviljas enbart på grund av att allmänna kommunikationer saknas eller är dåligt utbyggda.

En färdtjänstresenär kan vid behov få hjälp av chauffören med att hämtas och lämnas på avtalad plats, komma i och ur fordonet samt hjälp med att bära normalt resgods till och från bilen. Om resenären har ett hjälpbehov under själva resan, utöver den hjälp som chauffören tillhandahåller, kan ledsagare beviljas. Enbart behov av hjälp på resmålet berättigar inte till ledsagare. Färdtjänst får inte användas för resor som bekostas av annan huvudman t ex sjukresor. För ansökan om sjukresor ska vårdgivarintyg sändas till Regionens Hus, Sjukreseenheten, 542 87 Mariestad.

Personuppgifter

Namn sökande	Personnummer
--------------	--------------

Intyg baserat på

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan Ange vad
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	<input type="checkbox"/> Annat

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser. Genomförd, pågående eller planerad behandling

Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning utförligt utifrån den sökandes förmåga att förflytta sig och att färdas med allmänna kommunikationer.



UTLÅTANDE
Till ansökan om färdtjänst

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än 3 mån	<input type="checkbox"/> 3-6 mån	<input type="checkbox"/> 6-12 mån	<input type="checkbox"/> Mer än 12 mån	Annan bedömning
--	----------------------------------	-----------------------------------	--	-------	-----------------

Hjälpmedel vid förflyttning

<input type="checkbox"/> aldrig	<input type="checkbox"/> ibland	<input type="checkbox"/> alltid	
Ange typ av hjälpmedel:			
<input type="checkbox"/> stödkäppar/kryckor	<input type="checkbox"/> rullstol manuell	<input type="checkbox"/> teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade	
<input type="checkbox"/> rollator/gåstol	<input type="checkbox"/> rullstol, eldriven	<input type="checkbox"/> ledarhund	<input type="checkbox"/> Annat,

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand och uppskattad förflyttningssträcka

--

Bedömer du att den sökande klarar att resa med allmänna kommunikationer

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ställningstagandet motiveras:	

Beskriv och motivera den sökandes särskilda behov i fordonet under resan

Den som har ett hjälpbehov under själva resan, utöver den hjälp som föraren ger, kan beviljas ledsagning. Rätt till ledsagning vid färdtjänst föreligger inte om hjälpbehovet enbart gäller hjälp vid resmålet.

Övrigt

--

Underskrift

Ort och datum	Telefon
Titel och namnteckning	Namnförtydligande
Tjänsteställe samt eventuell specialistkompetens	

Utlåtandet skickas till Grästorps kommun, Färdtjänsthandläggare, 467 80 Grästorp