



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

Information till dig som skriver utlåtandet

Rätt till färdtjänst prövas enligt Lagen om färdtjänst (1997:736) § 7

*"Tillstånd till färdtjänst skall meddelas dem 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"*

**Personuppgifter**

Namn sökande:

Personnummer:

**Utlåtandet är baserat på:**

Undersökning av sökanden

Journalanteckningar

Uppgifter från sökanden, utan undersökning

Personlig kännedom sedan:

Uppgifter från anhörig eller god man

Annat, ange vad \_\_\_\_\_

**Diagnos (på svenska)**

**Genomförd, pågående eller planerad behandling**

**Funktionsnedsättning (relaterat till möjlighet att förflytta sig och att resa med kollektivtrafik)**

Funktionshindret  
beräknas bestå:

Mindre än 3  
månader

3—12  
månader

Tills vidare

Vet inte

## Klarar sökanden följande

Klarar sökanden att åka buss eller tåg?

Ja

Nej

*Om ja, motivera ditt ställningstagande*

*Motivera ditt ställningstagande*

Hur långt kan sökanden gå med gånghjälpmedel maximalt \_\_\_\_\_ meter.

## Vilka hjälpmedel vid förflyttning använder sökanden

Inget hjälpmedel     Stödkäpp/krycka     Rollator     Käpp för synskadade

Ledarhund     Annat, ange vilket \_\_\_\_\_

Sökanden använder hjälpmedel

Ibland

Alltid

## Vid resa

Sökanden behöver färdas sittande i rullstol med specialfordon.

Ja

Förklara varför.

Sökanden behöver färdas sittande i framsätet på fordonet.

Ja

Förklara varför.

Sökanden klarar inte **själva resan i fordonet** utan hjälp och behöver ledsagare.

Ja

Förklara varför.

## Övrig information

## Underskrift

Ort och datum

Telefon

Titel och namnteckning

Namnförtydligande

Tjänsteställe och eventuell specialistkompetens

Utlåtandet skickas till: Färdtjänsthandläggare, Grästorps kommun, 467 80 GRÄSTORP