

LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST OCH RIKSFÄRDTJÄNST I ESKILSTUNA KOMMUN

Kompletterande uppgifter till "Ansökan om färdtjänst" om det begärts av färdtjänsthandläggare.

Information till läkare

Enligt § 7 Lag om färdtjänst, ska färdtjänst 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 kommunikationsmedel.

Enligt § 5 Lag om Riksfärdtjänst ska tillstånd meddelas om resan till följd av den sökandes funktionshinder inte till normala reskostnader kan göras med allmänna kommunikationsmedel eller inte kan göras utan ledsagare.

För resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterad behandling hänvisas till vårdgivaren eller Landstinget Södermanland sjukreseenheten, telefon 0155-24 73 57

Upplysningar om färdtjänst och riksfärdtjänst i Eskilstuna kommun lämnas på telefon 016-710 26 04.
Telefontid vardagar 8.30-9.30

Uppgifter om den undersökte *(Var god texta)*

1.

Namn	Personnummer
------	--------------

OBS! SAMTLIGA UPPGIFTER SKA FYLLAS I!

2.

Diagnos _____ Sjukdomens namn <i>(om möjligt på svenska)</i>	Skadan uppstod år _____
---	-------------------------

3.

Utförlig beskrivning av rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att förflytta sig till fots samt åka med allmänna kommunikationsmedel. <i>(Utformas på svenska)</i>

4.

Hur långt bedöms den undersökte klara att förflytta sig på egen hand?

Använder regelbundet kryssat gånghjälpmedel

Käpp. Antal: _____
 Kryckkäpp. Antal: _____
 Rollator
 Rullstol
 Benprotes
 Levande stöd

Kan gå utan hjälpmedel, antal meter _____ Kan gå med stöd av gånghjälpmedel, antal meter _____

5a.

Bedöms sökanden kunna resa med allmänna kommunikationsmedel? Ja Nej

5b. Riksfärdtjänst

Bedöms sökanden kunna resa med buss på egen hand? Ja Nej

Med hjälp av ledsagare? Ja Nej

Bedöms sökanden kunna resa med tåg på egen hand? Ja Nej

Med hjälp av ledsagare? Ja Nej

Bedöms sökanden kunna resa med flyg på egen hand? Ja Nej

Med hjälp av ledsagare? Ja Nej

5c.

Vid nej på 5a eller 5b – Finns med hänsyn av funktionshindret särskilda behov vid resa till exempel särskilt fordon, placering i fordon, hjälp, stöd eller behandling under resan?

6.

Rörelsehindrets beräknade varaktighet

< 3 mån
 3 mån – 6 mån
 6 mån – 1 år
 > 2 år
 Bestående

7.

Övriga upplysningar

8. Underskrift läkare

Datum	Underskrift	Arbetsplats (ex sjukhus, vårdinrättning)

9. Underskrift sökanden Sökanden har tagit del av innehållet i detta intyg

Datum	Underskrift