

Information och blanketter finns på
eskilstuna.se/fardtjanst

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.

Gällande regler för sjuk- och behandlingsresor samt tandvård, hänvisas **sökanden** till vårdgivaren.
Vid frågor kontakta Sjukreseenheten, Landstinget Sörmland, telefon 0155-24 73 57.

Personuppgifter (var god texta tydligt)

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

Utlåtandet baserat på (flera alternativ kan anges)

Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc.

Undersökning av sökanden vid besök	Uppgifter från sökanden, utan undersökning
Journalanteckningar	Personlig kännedom sedan år
Uppgifter från anhörig eller god man	Annat, vad?

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser.

Funktionsnedsättning

Art, omfattning och effekter. Beskrivning av sökandens symtombild, situationer då sökandes besvär förekommer.

Funktionshindrets förväntade varaktighet

Mindre än 3 månader	3-6 månader	6-12 månader	Mer än 12 månader	Annan bedömning:
------------------------	----------------	-----------------	----------------------	---------------------

Eventuella gånghjälpmedel

Stödkäpp/ kryckor	Rollator/ gåstol	Rullstol, manuell	Rullstol, eldriven	Elmoped
Ledarhund	Teknikkäpp/ markeringskäpp för synskadad		Annat, vad:	
Övrigt:				

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

Yrsel Lätt Måttlig Grav	Frekvens och konsekvens:
Astmatiska besvär Lätt Måttlig Grav	Frekvens och konsekvens:
Kärlkramp Lätt Måttlig Grav	Frekvens och konsekvens:
Epilepsi Lätt Måttlig Grav	Frekvens och konsekvens:

Sökandens förmåga att flytta sig på egen hand

Att med eller utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka i meter med eller utan vilopaus, förmåga att gå i trappor.

Genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning med mera)

--

OBS! Fyll också i uppgifter på följande sida

Sökandes behov av hjälp i fordonet under resa

Om ja, vilken form av hjälp?

Om sökandes inte kan samåka med andra

Ange specifika skäl.

Underskrift läkare

Datum	Arbetsplats (ex. sjukhus, vårdinrättning)	Telefon (även riktnummer)
Underskrift		
Namnförtydligande		

(Ifyllt utlåtande skickas till sökande för underskrift)

Underskrift sökanden Sökanden har tagit del av innehållet i denna intyg

Datum	Underskrift
-------	-------------