

## Medicinskt utlåtande avseende Färdtjänst eller Riksfärdtjänst

**Information till dig som skriver utlåtandet:** Färdtjänst kan bli aktuellt för den som på grund av en funktionsnedsättning, vilken beräknas bestå i minst 3 månader, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller att nyttja allmänna kommunikationer. Medicinskt utlåtande kan skrivas av exempelvis läkare, sjuksköterska, fysioterapeut eller liknande profession som bedöms ha kännedom och kunna besvara nedanstående uppgifter.

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress	Telefon inkl. riktnummer
Postnummer och ort	

### 1. Diagnos/diagnoser

Ange relevant diagnos för ansökan till färdtjänst samt varaktigheten för varje diagnos

Diagnos	ICD-kod	Uppstod/Upptäcktes	Varaktighet

### 2. Pågående/planerad medicinsk behandling:

--

### 3. Funktionsnedsättning

Beskriv patientens funktionsnedsättning (art, omfattning, effekter) i relation till ovan nämnda diagnos/diagnoser.

### 4. Aktivitetsbegränsning avseende självständig förflyttning

Hur långt kan patienten förflytta sig med gånghjälpmedel? (Ange vilket/vilka gånghjälpmedel som används, gångtakt samt beskriv gångförmågan i exempelvis trappa.)

### 5. Aktivitetsbegränsning allmänna kommunikationer

Beskriv vilka möjligheter patienten har att använda allmänna kommunikationer som buss och tåg. Beskriv även om det finns skillnader för patienten beroende på årstid.

**6. Intyget baseras på:**

<input type="checkbox"/> Undersökning av patienten datum:	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar datum:
<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	<input type="checkbox"/> Annat ange vad:

**Underskrift** – Jag intygar att utlåtandet är sanningsenligt ifyllt.

Datum	Vårdenhet
Intygsskrivandes namnunderskrift	Telefonnummer inkl. riktnummer
Namnförtydligande	Utdelningsadress
Specialistkompetens	Postnummer och ort

Vid frågor:

Färdtjänstenheten nås på telefonnummer: 0771-55 30 00 mån-fre kl.10.00-12.00.

E-post: fardtjanstenheten@regionorebrolan.se