



STRÄNGNÄS KOMMUN

Socialkontoret
Myndighet och bistånd

Blanketten skickas till:
Strängnäs kommun
Nygatan 10
645 80 Strängnäs

1/3

Läkarutlåtande för färdtjänst

Uppgifter om patienten

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

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges). Ange datum för undersökning, anteckning etc.

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökande vid besök	Datum	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande, utan undersökning	Datum
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	Datum	<input type="checkbox"/> Annat	Datum

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

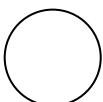
Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

Yrsel <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
Astmatiska besvär <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
Kärlkramp <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens
Epilepsi <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Frekvens och konsekvens

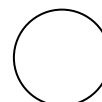
Vid synfälsinskränkning

Ange grader av synnedsättning vänster öga	Ange grader av synnedsättning höger öga
---	---

Vänster öga



Höger öga





Funktionsnedsättning

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

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

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån Mer än 12 mån Annan bedömning

Eventuella gånghjälpmedel

Stödkäpp/kryckor Rollator/gåstol Rullstol, manuell Rullstol eldriven Elmoped
 Ledarhund Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade Annat Vad?

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Att **med** respektive **utan** hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka, förmåga att gå i trappor.

Patientens förmåga att använda allmänna kommunikationer

Förmåga att resa med fordon med eller utan lågt insteg.



Bedömning av patientens möjligheter att samåka samt eventuellt behov av särskild plats i fordonet

Samåkning innebär som regel viss längre resväg och restid. Eventuellt behov av ensamåkning ska utförligt motiveras. Eventuellt behov av särskild plats i fordonet ska även det utförligt motiveras.

Bedömning av patientens behov av ledsagare

Behöver patienten aktiv hjälp i fordonet under själva resan?

Nej

Om ja, vilken form av hjälp.

Underskrift

Datum och leg. läkares underskrift	Vårdinrättning	Specialistkompetens
Namnförtydligande		Telefonnummer

Behandling av personuppgifter

Uppgifterna som lämnas i läkarutlåtandet behandlas i dataregister enligt Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Dessa uppgifter är sekretesskyddade.