

Information till dig som skriver utlåtandet

Utlåtandet ska beskriva sökandens svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att åka med allmänna kommunikationer. Enbart avsaknad av allmänna kommunikationer kan inte ge rätt till färdtjänst.

Vid ögonsjukdom/synnedsättning eller psykisk sjukdom ska intyget vara utfärdat av specialist.

Personuppgifter

Sökandes namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon bostad	Mobil

Intyget är utfärdat av

Namn	Titel
Eventuell specialistkompetens	Tjänsteställe (vårdcentral, klinik, sjukhus)
Adress	Postadress
Telefon	Telefontid

Diagnos

Sjukdomen/skadan uppstod, datum

Beskriv funktionshindret. På vilket sätt är sökanden förhindrad att förflytta sig på egen hand eller åka med allmänna kommunikationer. Viktigt att inte enbart skriva en diagnos!

Är någon form av behandling eller rehabilitering pågående eller planerad. Beskriv i så fall vad.

Behöver sökanden någon form av tilläggservice (ensamåkning, chaufförshjälp, ledsagare, liggande transport, förkortad omvägstid). Ange i så fall vad och varför.

Funktionshindrets uppskattade varaktighet

Kortare än 3 månader 3 månader - 1 år 1 - 2 år Tills vidare

Vid flera funktionshinder med olika varaktighet, vänligen precisera.

Vilka förflyttningshjälpmedel använder sökanden

Käpp, kryckor Rollator Gångbord Ledarhund Tekniskäpp/markeringskäpp

Rullstol manuell Rullstol eldriven Trehjulig elrullstol med styre s.k. elscooter

Måste sökanden sitta i rullstol under färd i fordonet Ja Nej

Uppskattad maximal gångsträcka utan väsentliga svårigheter med eventuellt hjälpmedel

0 meter korta sträckor inomhus högst 50 meter högst 200 meter högst 400 meter

bedöms inte ha väsentliga svårigheter att gå

Uppgifterna ovan är baserade på

<input type="checkbox"/> Undersökning/bedömning av sökanden vid besök	<input type="checkbox"/> Uppgift från sökanden utan undersökning
<input type="checkbox"/> Journalanteckning, ej personlig kännedom	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan:
<input type="checkbox"/> Uppgift från anhöriga eller god man	<input type="checkbox"/> Annat:

Övriga upplysningar (ex. ytterligare hjälpbehov, ytterligare hjälpmedel)

Underskrift

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning