



Personuppgifter

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

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)

☐ Undersökning av sökande vid besök	Datum	☐ Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum
☐ Journalanteckningar	Datum	☐ Personlig kännedom sedan	Datum
☐ Uppgifter från anhörig eller god man	Datum	☐ Annat,	Datum

Ange datum för undersökning, anteckning, uppgifter etc

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

Aktuell status

Objektiva fynd som beskriver förflyttningssvårigheterna (relevant ledstatus eller röntgenologiska fynd)

Funktionsnedsättning

Art, omfattning och effekter. Beskrivning av patientens symptombild. Situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

☐ Antal månader	☐ Antal månader	☐ Bestående
--	--	------------------------------------

Eventuella hjälpmedel eller gånghjälpmedel

☐ Stödkäpp/kryckor	☐ Rollator/Gåstol	☐ Stöd/hjälp av annan person	
☐ Rullstol, eldriven, storlek	cm X cm	☐ El-moped, storlek	cm X cm
☐ Rullstol, manuell	☐ Ledarhund	☐ Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade	
☐ Annat, ange vilket _____			

Mediciner som är av betydelse för bedömning av färdtjänstbehov

Medicinens namn	Styrka	Dosering per dag

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Patientens förmåga att med eller utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand (i förekommande fall huruvida den påverkas av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag med mera), hans eller hennes förmåga att gå i trappor samt eventuellt andra för utredarens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.

Patientens förmåga att använda vanliga eller särskilt anpassade allmänna kommunikationsmedel

Patientens förmåga (beskriv eventuella svårigheter) att använda vanliga allmänna kommunikationsmedel (förmåga att stiga på och av en vanlig buss) respektive allmänna kommunikationsmedel som är särskilt anpassade för personer med funktionshinder, det vill säga låggolvfordon utan lift eller ramp.

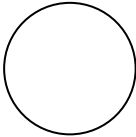
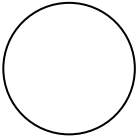
Bedömning av patientens behov av ledsagare eller reshjälp

I förekommande fall bedömning av patientens förmåga att klara själva resan med den hjälp han eller hon kan få av föraren. Eventuellt behov av ledsagare eller reshjälp motiveras. (Rätt till ledsagare eller reshjälp vid färdtjänstresa föreligger ej för behov av hjälp enbart på resmålet).

Behov av ledsagare	Om ja, motivera
☐ Ja	
☐ Nej	

Patientens synförmåga

Finns synnedsättning som begränsar förmågan att nyttja allmänna kommunikationer till exempel synskärpa utan eller med korrigering, synfältsinskränkning (ritas i förekommande fall in i en cirkel)

	Vänster öga	Vid synfältsinskränkning	Höger öga
			

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst

Underskrift

Ort och datum		
Leg utfärdares namnteckning		Namnförtydligande, eventuell specialistkompetens
Adress, utfärdarens arbetsplats	Postnummer	Ort
Telefon (även riktnummer)	Telefon mobil	
E-post		

Vi behöver spara och behandla ifyllda personuppgifter.

Vi behöver endast sådana personuppgifter som krävs för att kunna behandla ärendet enligt den lagstiftning som ärendet gäller.

Om vi inte får efterfrågade uppgifter kan det innebära att kommunen inte kan behandla ärendet.

Uppgifterna kommer att sparas enligt gällande gallringsregler.

Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter.

Personuppgiftsansvarig är Socialkontoret, 915 32 Robertsfors.

Du kan kontakta kommunens dataskyddsombud på dataskyddsombud@robertsfors.se eller Dataskyddsombud, Robertsfors kommun, 915 81 Robertsfors. Klagomål på vår behandling av personuppgifter lämnas till Datainspektionen som är tillsynsmyndighet.

Skicka Medicinskt utlåtande till:

Tillstånd för färdtjänst

Fabriksvägen 3

915 32 Robertsfors