



Medicinskt utlåtande till ansökan om kommunal färdtjänst

Allmänt gäller att den som är skyldig att föra patientjournal ska också utfärda intyg om patientens vård på begäran från patienten själv. Att utfärda medicinska utlåtanden är alla vårdgivares ansvar utifrån rådande lagstiftning. (patient lagen 2014:821 och patientdatalagen 2008:355)

Då bevisbördan åligger den som ansöker om en förmån, exempelvis färdtjänst, så är det på patientens begäran utlåtande utfärdas. Den organisation – oavsett om det är inom regionen eller kommunen, där den sökande har sina vårdkontakter ansvarar för att göra bedömningen. De yrkesgrupper som är aktuella för att utfärda medicinska utlåtanden är följande: läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor samt även kuratorer och psykologer.

Enligt färdtjänstlagen (lag om färdtjänst 1997:736) ska tillstånd ges;

- Till dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller att resa med allmänna kommunikationsmedel

Tillgänglighet i länets bussar

Tillgängligheten förbättras kontinuerligt, vilket gör att många funktionshindrade kan resa självständigt utan ledsagare med stöd av den service och anpassning som finns att tillgå.

- Länsbussarnas tidtabeller har en rullstolssymbol vid de turer som har tillgänglighetspassade bussar.
Bussarna är utrustade med ramp eller lift.
- Majoriteten av bussarna är av låggolvstyp som innebär lågt insteg vid fram- och mittdörr. Samtidiga bussar har särskild utmärkt plats för rullstol eller barnvagn.
- Platserna som har anpassad sitthöjd är utmärkta med symbol för rörelsenedsättning.
- Vid rullstolsplatsen invändigt och utvändigt vid mittdörren, finns särskilda blå knappar som kan användas för att göra föraren uppmärksam på att en resenär med hjälpmedel eller barnvagn behöver kliva på eller av.
- De flesta bussar i regiontrafiken i Västerbotten har hållplatsutrop och inre skylt som visar nästa hållplats. Om bussen inte har det kan föraren hjälpa till med information om resenären ber om det.

Skicka utlåtandet till:

Tillstånd för färdtjänst
Fabriksvägen 3
915 32 Robertsfors



Utlåtandet gäller

För och efternamn

Personnummer

Utlåtandet är baserat på (flera alternativ kan anges)

☐ Undersökning av sökande vid besök	Datum	☐ Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum
☐ Journalanteckning	Datum	☐ Personlig kännedom sedan	Datum
☐ Uppgifter från anhörig eller godeman/förvaltare	Datum	☐ Annat,	Datum

Diagnos(på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser- som påverkar resande

Funktionsnedsättning

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

Psykiska funktioner

☐ Intellektuell funktionsnedsättning (ange grad)	☐ Nedsatt förmåga att kommunicera eller interagera med en eller flera personer
☐ Autism	☐ Annan psykisk funktionsnedsättning
☐ NPF	☐ Nedsatt exekutiv funktion, förmåga till uppmärksamhet och koncentration

Beskriv svårigheter vid resa



Sinnesfunktioner och smärta

☐ Hörselnedsättning/ange grad)

☐ Smärtpåverkan

Beskriv

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

☐ Balans

☐ Koordination

☐ Motorik

Beskriv: Muskelstyrka, viljemässig motorik, balansförmåga och bålstabilitet.

Förflyttningsförmåga

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand. Hur påverkas gångförmågan av temperatur och andra väderförhållanden samt väglag med mera.

Ange gångsträcka i meter med hjälpmedel

Ange gångsträcka i meter utan hjälpmedel

Patientens förmåga att gå i trappor. Ange antal trappsteg

Synförmåga

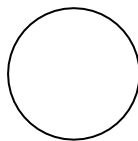
Finns synnedsättning som begränsar förmågan att resa med buss, till exempel synskärpa utan eller med korrigering, Synfältsinskränkning (ritas i förekommande fall in i cirkel)

☐ Måttlig synnedsättning

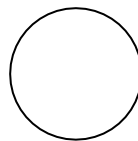
☐ Grav synnedsättning

☐ Blind

Vänster öga- synfältsinskränkning



Höger öga- synfältsinskränkning



Övrig kroppslig funktion

☐ Nedsatt andningsfunktion

☐ KOL (ange stadium)

☐ Kronisk obstruktivlungsjukdom

☐ Hjärtsvikt (ange NYHA-klass)

☐ Förmaksflimmer (ange EHRA-klass)

Beskriv svårigheter vid resande



Mediciner- som är av betydelse för bedömning av färdtjänstbehov

Behöver läkemedel tas före eller under resan som kan påverka resan? (Sökande måste själv kunna ta läkemedlet, eller få hjälp av medföljande person. Chauffören hjälper inte till.)

☐ Ja	Svar Ja. vilken eller vilka medicin/er behöver tas och hur påverkar de/den sökande?
☐ Nej	

Varaktighet

Ange hur länge svårigheterna, som påverkar förmågan att förflytta sig och / eller att resa i kollektivtrafik – förväntas kvarstå (antal månader, år); För att ha rätt till färdtjänst ska funktionsnedsättningen anses vara varaktig (minst 3 månader).

Antal månader _____	Antal år _____	☐ Bestående
---------------------	----------------	------------------------------------

Hjälpmedel eller gånghjälpmedel

☐ Stödkäpp	☐ Rullator/Gåstol	☐ EU-moped
☐ Rullstol eldriven	☐ Ledarhund	☐ Stöd av annan person
☐ Rullstol manuell	☐ Teknikkäpp/markeringskäpp	☐ Annat ange vad

Färd sätt

Kollektivtrafik

Patientens förmåga att resa med buss utan anpassningar (förmåga att stiga på och av en vanlig buss) Beskriv svårigheter.

Patientens förmåga att resa med buss som är särskilt anpassade för personer med funktionshinder, det vill säga har inre skylt som visar nästa hållplats, hållplatsutrop, låggolvfordon, med lift eller ramp. Beskriv svårigheter.

Personbil

Patienten kan genomföra resa med personbil

☐ Ja

☐ Nej- gå vidare till nästa fråga

Specialfordon- Fordon med rullstolsplats(fylls endast i om det är aktuellt)

Kan personen förflytta sig från rullstol till bilsäte i en personbil? Om inte, ange varför det inte går utifrån funktionsnedsättning



Specialfordon- Liggande transport(fylls endast i om det är aktuellt)

För att beviljas liggande transport ska personen inte ens kunna sitta korta stunder med hjälp av förskrivet hjälpmedel anpassat till rullstol eller bilsäte. Resenär måste självständigt eller tillsammans med ledsagare förflytta sig till britten i fordonet. Beskriv behovet av liggande transport.

Ensamåkning-(fylls endast i om det är aktuellt)

Kan i särskilda fall beviljas. Beskriv vilka konsekvenser funktionsnedsättningen har för personens förmåga att resa med andra resenärer.

Hjälpbehov- vid resa i personbil/specialfordon/liggande transport

Bedömning av patientens förmåga att klara själva resan med den hjälp hen kan få av föraren. Eventuellt behov av annan medföljande person motiveras. Medföljande person beviljas inte för hjälp enbart vid resmålet

Behov av medföljande person

☐ Ja

☐ Nej

Ja: motivera vad patienten behöver hjälp med, inför resa och under resans gång

Underskrift

Ort och datum

Adress, utfärdares arbetsplats

Telefon nummer alt mobil nr

Epost

Namn-teckning

Namnförtydligande och profession

OBS: Ifyllt utlåtande ska vara delgivet patienten. Ofullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering.