



Medicinskt utlåtande
avseende färdtjänstansökan

Obligatoriska fält markeras med röd ram och stjärna

Information till dig som skriver intyget

Färdtjänst är en form av kollektivtrafik som regleras i lag (1997:736) om färdtjänst. En person som har ett funktionshinder, som inte är tillfälligt, och som på grund av sitt funktionshinder har väsentliga svårigheter att gå eller att åka buss kan beviljas färdtjänst.

För att färdtjänstutredaren ska kunna göra en korrekt bedömning är det viktigt att sökandens funktionshinder beskrivs ingående.

Var vänlig och beskriv också hur funktionshindret påverkar förflyttningsförmåga och förmåga att åka buss.

Om sökande endast är i behov av sjukresor är det inte grund för att beviljas färdtjänst då detta regleras enligt lagen (1991:419) om resekostnadsersättning – sjukreselagen.

Ett ofullständigt ifyllt utlåtande återsänds för komplettering. Utlåtandet ska fyllas i av legitimerad läkare. Texta gärna!

PERSONUPPGIFTER

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------|--------------|----------------|--|
| Förnamn * | | Efternamn * | | Personnummer * | |
| Utdelningsadress (gata,box etc) * | | Nb/tr/Hiss * | Postnummer * | Postort * | |

UPPGIFTER SOM LÄMNAS I DET HÄR UTLÅTANDET ÄR BASERADE PÅ: *

| | | |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Besök | Telefonkontakt med sökande | Journalanteckningar |
| Uppgifter lämnade av sökande | Kontakt med anhörig | Personkännedom sedan (årtal): |

DIAGNOS OCH FUNKTIONSHINDER

Beskriv patientens diagnos och funktionshinder. *

Diagnosens förväntade varaktighet:

Mindre än tre månader

Tillfälligt, ange tidsperiod: _____

Bestående

Om patienten har nedsatt syn, beskriv vad synnedsättningen innebär:

PATIENTENS FÖRMÅGA ATT FÖRFLYTTA SIG

Beskriv patientens förmåga att förflytta sig med eventuella hjälpmedel *

Gångsträcka utan vilopaus *

0-100 m

100-300 m

300-500 m

Mer än 500 m

PATIENTENS FÖRMÅGA ATT ÅKA BUSS

Beskriv patientens förmåga att åka buss

Eventuella gånghjälpmedel

Använder inte gånghjälpmedel

Rollator

Manuell rullstol (fyll även i nedan)

Elmoped/permobil

Käpp/krycka

Övrigt, ange vad: _____

Om patienten använder rullstol: Beskriv patientens förmåga att förflytta sig mellan rullstol och bilsäte

SÄRSKILDA BEHOV AV HJÄLP UNDER FÄRDTJÄNSTRESA

Om patienten har **särskilda hjälpbehov** under pågående färdtjänstresa, beskriv dessa utförligt.

UNDERSKRIFT AV INTYGSSKRIVARE

Namn *

Befattning *

Vårdinrättning *

Adress, postadress

Ort och datum *

Namnteckning *

Namnförtydligande *

UNDERSKRIFT AV PATIENT

Patienten har tagit del av ovanstående uppgifter och godkänt att de ligger till grund för ansökan om färdtjänst. *

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Ansökan skickas till: Trelleborgs kommun, Kundtjänst, Box 63, 231 21 Trelleborg

Upplysningar: Kundtjänst 0410-73 30 00

Genom att fylla i det här formuläret godkänner du att Trelleborgs kommun samlar in och lagrar de personuppgifter som du lämnar (behandling som sker är insamling, hantering, lagring, överföring och radering). De personuppgifter som behandlas sker med stöd av samtycke. Trelleborgs kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen och behåller inte personuppgifter du har lämnat in längre än nödvändigt. Personuppgiftsansvarig för denna behandling är Socialnämnden som kan kontaktas på socialforvaltningen@trelleborg.se. Mer information om hur vi behandlar personuppgifter, om dina rättigheter och om Dataskyddsförordningen finns på www.trelleborg.se/personuppgifter. Dataskyddsombudet för Trelleborg kommun nås på dataskyddsombud@trelleborg.se eller 0410-73 30 00.