

UTLÅTANDE

Datum

Till ansökan om färdtjänst

Plats för stämpel

Utlåtandet kan utfärdas av läkare, arbetsterapeut,
sjukgymnast eller annan med specialistkompetens

Personuppgifter

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

Utlåtandet baseras på (flera alternativ kan anges)*Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc*

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

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

--

Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning utförligt utifrån den sökandes förmåga att förflytta sig och få färdas med allmänna kommunikationer

--

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Hur länge bedöms funktionsnedsättningen bestå? månader.

Hjälpmedel vid förflyttning Aldrig Ibland Alltid

Ange typ av hjälpmedel

Övriga noteringar

--

Bedömer du att den sökande klarar att resa med allmänna kommunikationer?

Ja Nej

Ställningstagande motiveras.

Beskriv och motivera den sökandes särskilda behov i fordonet under resan

Övrigt

Underskrift

Datum, titel och underskrift	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnr)
Eventuell specialistkompetens	Adress