

- Ansökan är inlämnad
 Ansökan bifogas med detta utlåtande
 Ansökan bifogas senare

Person och kontaktuppgifter	Namn	Personbeteckning
	Adress	Telefonnummer

Utlåtandet är baserat på (flera alternativ kan anges)	<input type="checkbox"/> Undersökning vid besök	Datum	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	Datum
	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum	<input type="checkbox"/> Annat	Datum

Diagnoser (på svenska)	Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser + när diagnoserna har uppkommit
-------------------------------	---

Funktionsnedsättning	Art, omfattning och effekter. Beskrivning av patientens symptombild. Situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer. OBS! Både fysiska och psykiska!
	På vilket sätt orsakar ovannämnda diagnoser ett behov av färdtjänst? (OBS! Färdtjänst beviljas inte på grund av att allmänna kommunikationer saknas eller är bristfälliga/begränsade)

Funktionsnedsättning forts.	Har patienten tydliga skillnader i rörelseförmågan under olika årstider? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, hur?		
	Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet <input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader <input type="checkbox"/> 3–6 månader <input type="checkbox"/> 6–12 månader <input type="checkbox"/> Mer än 12 månader <input type="checkbox"/> Annan bedömning:		
	Behöver patienten använda hjälpmedel? Vilka?		
	Beskriv patientens förmåga att <u>med</u> respektive <u>utan</u> hjälpmedel förflytta sig på egen hand, maximal gångsträcka, förmåga att gå i trappor.		
	Beskriv patientens förmåga att använda allmänna kommunikationsmedel Förmåga att resa med fordon <u>med</u> eller <u>utan</u> lågt insteg.		
	Behöver patienten hjälp av annan person från ytterdörren till taxin och vice versa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken form av hjälp? Behöver patienten aktiv hjälp i fordonet under själva resan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken form av hjälp?		
	Läkarens bedömning av färdtjänstfordon <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Taxi med rullstolslift <input type="checkbox"/> Patienten kan använda sig av kollektivtrafik		

Läkarens kontaktuppgifter	Arbetsplats		
	E-post		Telefonnummer
Underskrift	Ort och datum	Namn	Namnförtydligande