



### Personuppgifter

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

### Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)

### Ange datum för undersökning, anteckning, uppgifter etc

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

### 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	<input type="checkbox"/> Bestående
---------------	---------------	------------------------------------

### Eventuella hjälpmedel eller gånghjälpmedel

<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator/Gåstol	<input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av annan person			
<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven, storlek	cm X	cm	<input type="checkbox"/> El-moped, storlek	cm X	cm
<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade			
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket _____					

Tillståndsenheten för färdtjänst

Besöksadress: Storgatan 13, 915 31 Robertsfors

Postadress: Storgatan 13, 915 81 Robertsfors

Telefon växel: 0934-140 00

www.robertsfors.se Uppdaterad 2023-10-12

## 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 vägslag 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
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej	

