



## BOXHOLMS KOMMUN

Social- och myndighetsnämnden  
Omsorgsverksamheten

### LÄKARUTLÅTANDE TILL ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Kompletterande uppgifter till "Ansökan om färdtjänst/ förnyad färdtjänst" om det begärts av handläggare. Läkarutlåtande ensamt berättigar inte till färdtjänst, utan utgör en del av ett vidare beslutsunderlag.

#### Information till dig som skriver utlåtande

Färdtjänst är ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken som personer med giltigt tillstånd kan nyttja. Färdtjänst kan beviljas den som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer. Avsaknad av allmänna kommunikationer berättigar inte till färdtjänst.

För resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterad behandling hänvisas till vårdgivaren eller Landstingets sjukresekontor, telefon 010-103 04 40.

#### Upplysningar om färdtjänst

Vill du ha mer information kontaktar du omsorgsverksamheten i Boxholms kommun. Telefon: 0142-896 42 alt. 0142-896 64.

#### Uppgifter om den sökande

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

#### Uppgifterna i utlåtande baseras på

<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan (årtal):	
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig		

#### Beskrivning av funktionshinder

Diagnos ( på svenska om möjligt)	
Rörelsehinder har uppstått på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Sjukdomen/ skadan uppstod (datum)



**Vid demenssjukdom**

Diagnos	Har utredning genomförts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja ovan, vad visar utredning?	

**Varaktighet**

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet: <input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år <input type="checkbox"/> Mer än 1 år <input type="checkbox"/> Varaktigt
--

**Behandling och rehabilitering**

Pågår någon form av behandling eller rehabilitering: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja ovan, beskriv pågående behandling:

**Allmänna kommunikationer**

Bedöms den sökande kunna resa med allmänna kommunikationer? <input type="checkbox"/> Ja, på egen hand <input type="checkbox"/> Ja, med stöd av annan <input type="checkbox"/> Nej
Om Nej ovan, beskriv orsaken:

**Hjälp i samband med resa**

Behöver den sökande på grund av funktionsnedsättning hjälp samband med resa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja ovan, vilken typ av hjälp? <input type="checkbox"/> Till och från bilen <input type="checkbox"/> Hjälp att kliva i och ur bilen <input type="checkbox"/> Sitta i rullstol vid resa <input type="checkbox"/> Hjälp under resa (dvs i själva bilen)
Om den sökande är i behov av hjälp under resan, beskriv på vilket sätt:

**Underskrift**

Underskrift leg läkare	Namnförtydligande
Vårdrättning/klinik (namn och utdelningsadress)	
Datum för utfärdande (AAAA-MM-DD)	Telefon (även riktnr)

**Underskrift sökande**

Den sökande har tagit del av innehållet i detta utlåtande.

Ort datum

Namn-teckning