



**Information till läkare som skriver utlåtandet**

Tänk på att skriva läsligt och, om möjligt, med svensk terminologi. Det är viktigt att det tydligt framkommer vilka konsekvenser en diagnos innebär för den sökandens möjligheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer.

Om den sökande har extra behov, var noga med att motivera varför behov föreligger.

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Utlåtande baserat på:**

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

**Diagnos**

Huvuddiagnos och tilläggsdiagnos.

**Funktionshinder**

Art och omfattning. Beskriv patientens symptom. Situation och omständigheter då patientens besvär förekommer.

**Funktionshindrets förväntade varaktighet**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader | <input type="checkbox"/> 6-12 månader      | <input type="checkbox"/> Annan bedömning |
| <input type="checkbox"/> 3-6 månader         | <input type="checkbox"/> Mer än 12 månader |  |

**Eventuellt gånghjälpmedel**

- |   |   |                                    |                                |
|---|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor | <input type="checkbox"/> Rullstol, manuell  | <input type="checkbox"/> Ledarhund | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Rollator         | <input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven | <input type="checkbox"/> Elmoped   |                                |



**Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand och uppskattad förflyttningssträcka**

Patientens förmåga att med/utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand, men angivande av hans/hennes maximala gångsträcka, hans/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**

Kan sökande stiga på och av allmänna kommunikationer med trappsteg?  Ja  Nej

Kan sökande stiga på och av allmänna kommunikationer med lågt insteg?  Ja  Nej

Bedöms den sökande kunna resa med allmänna kommunikationsmedel?

Ja, på egen hand  Ja, med stöd av annan  Nej

Om nej ovan, beskriv utförligt orsaken:

**Bedömning av patientens möjligheter att samåka, behov av fordonstyp samt eventuellt behov av särskild plats i fordonet**

Patientens möjlighet att vid färdtjänstresa åka tillsammans med andra resenärer. Eventuellt behov av ensamåkning motiveras. Bedömning av om patienten, vid färdtjänstbehov, kan resa i vanlig personbil/taxi eller om han/hon behöver specialfordon (t.ex på grund av att han/hon måste färdas sittande i rullstol). Eventuellt behov av särskild plats i fordonet, till exempel att patienten av fysiska skäl måste sitta med raka ben, behöver extra benutrymme och/eller vinklat säte.



**Ledsagare** (Rätt till ledsagare vid färdtjänstresa föreligger inte för behov av hjälp före eller efter resans gång).

- Patienten är **inte** i behov av ledsagare för att klara sitt resande.
- Patienten är i behov av ledsagare för att klara sitt resande. **Beskriv varför:**

**Eventuellt övriga uppgifter som kan vara väsentliga för utredarens bedömning**

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst, till exempel synskärpa, synfältinskränkning, eventuell förekomst av yrsel (lätt-måttlig-grav, orsak och frekvens).

Datum: \_\_\_\_\_

Leg. Läkares underskrift	Stämpel:
Namnförtydligande	

Telefon: \_\_\_\_\_

Ifyllt och undertecknat läkarutlåtande lämnas/skickas till den sökande som bifogar det till sin ansökan.

**Läkarutlåtandet skickas tillsammans med ansökningsblankett till:**

Kommunstyrelsen  
Färdtjänst  
Box 62  
662 22 Åmål

**Information till läkare som skriver intyg gällande färdtjänst****Vad är färdtjänst?**

Färdtjänst är en transportform för den som på grund av funktionshinder, som inte är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

Färdtjänst är ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken, vilket innebär att resorna om möjligt samordnas så att flera personer reser tillsammans. Ensamåkning kan förekomma om detta av hälsoskäl är nödvändigt.

**Vem kan få färdtjänst?**

Förutsättningarna för att beviljas färdtjänst regleras i färdtjänstlagen (SFS 1997:736). Som komplement till lagen utfärdar kommunen riktlinjer, avgifter och regler för färdtjänsten. Det är inte enbart en persons funktionshinder som avgör om rätt till färdtjänst föreligger, utan funktionshindrets art i relation till allmänna kommunikationer. Färdtjänst kan inte erhållas enbart på grund av att allmänna kommunikationer saknas eller är dåligt utbyggda. Färdtjänst kan ej beviljas av enbart sociala skäl. Hög ålder i sig ger inte automatiskt rätt till färdtjänst utan det är funktionshindret och dess konsekvenser som avgör.

**Färdtjänst gäller inte för resor till sjukvården**

Färdtjänst får inte användas till någon typ av sjukresa, som till exempel läkare, tandläkare eller till behandling som ordinerats av dessa. Vid sådana resor kontaktas Sjukreseenheten i Vänersborg på telefonnummer 010-47 32 100.

**Ledsagare**

En färdtjänstresenär kan vid behov få hjälp med att hämtas och lämnas vid markplan, komma in i och ut ur fordonet, spänna fast säkerhetsbältet samt att få hjälp med bagage och hjälpmedel. Om den som beviljats färdtjänst behöver hjälp under transporten kan ledsagare beviljas. Enbart behov av hjälp vid resmålet berättigar inte till ledsagare under färdtjänstresa.

**Information om personuppgiftsbehandling**

Åmåls kommun behandlar personuppgifter i samband med handläggningen av ansökan om färdtjänst. Utförlig information om hur personuppgifter behandlas finns på kommunens ansökningsblankett.

**Kontaktuppgifter**

För ytterligare information om färdtjänst eller riksfärdtjänst kontakta kommunens färdtjänsthandläggare. Åmåls kommuns växel: 0532-170 00.