



Datum _____

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i en databas.

Uppgifterna kommer att behandlas i enighet med personuppgiftslagen (PUL).

Sökandes personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress, lägenhetsnr	Postadress
Telefon, riktnr	Mobiltelefon

Intyget utfärdas av

För- och efternamn	Tjänsteställe
Ev. specialistkompetens	
Adress	Postadress
Telefon, riktnr	Telefontid

Intyget baseras på flera alternativ kan anges

Undersökning av sökande vid besök, ange datum	Uppgifter från sökande utan undersökning, ange datum
Journalanteckningar, ange datum	Personlig kännedom sedan, ange år
Uppgifter från anhöriga eller god man, ange datum	Annat, ange vad

Diagnos på svenska

Funktionsnedsättning

Art, omfattning, effekter. Beskriv patientens symptombild samt situationer och omständigheter då patientens besvär förekommer.
--

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 _____			

Du har väl inte glömt att skriva under läkarintyget på baksidan!

Eventuella hjälpmedel

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor | <input type="checkbox"/> Rollator/gåstol | <input type="checkbox"/> Rullstol, manuell | <input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven |
| <input type="checkbox"/> El-moped | <input type="checkbox"/> Ledarhund | <input type="checkbox"/> Tekniskäpp/marke-
ringskäpp för synskadad | <input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av
annan person |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket: _____ | | | <input type="checkbox"/> Inga |

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand

Beskriv till exempel patientens förmåga att gå i trappor, samt eventuellt andra för utredarens bedömning av färdtjänstbehovet väsentliga uppgifter.

Patientens förmåga att använda kollektivtrafik

Beskriv till exempel patientens förmåga att stiga av och på fordon i kollektivtrafiken.

Samåkning, fordonstyp, särskild plats i fordonet

Beskriv patientens möjligheter/förhinder att åka tillsammans med andra resenärer. Behov av ensamåkning motiveras. Behov av särskild plats motiveras.

Reshjälp

Beskriv patientens förmåga att klara själva resan med hjälp av föraren. Eventuellt behov av reshjälp motiveras. Rätt till reshjälp vid färdtjänstresa föreligger ej för behov av hjälp enbart på resmålet.

Övrigt

Övrigt av intresse för bedömning av behovet av färdtjänst.

Intygande läkares namnteckning _____ Ort och datum _____

Namnförtydligande _____

Skicka in påskrivet intyg till

Mölnadal stad, Färdtjänst, 431 82 Mölnadal