



ÖCKERÖ KOMMUN
Miljö och samhällsbyggnadsförvaltningen
Trafik och anläggning

Medicinskt utlåtande till ansökan om färdtjänst och riksfärdtjänst

Information till den 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/funktionsnedsättning medför vad gäller den sökandes förmåga att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer. Konsekvenserna kan vara såväl fysiska som psykiska. Gärna med exempel.

Det är den medicinska bedömning som ska redovisas för i utlåtandet, inte den sökandes egen uppfattning. Beskriv om möjligt vad bedömningen grundas på, exempelvis trapp- eller gångtest.

Om den sökanden har extra behov vid en färdtjänstresa, stöd av en eller flera ledsagare, ensamåkning eller specialfordon, var noga med att motivera varför behov föreligger och vad konsekvensen blir om resan inte utförs på detta sätt.

Om utlåtandet är bristfälligt ifyllt kan det innebära att det skickas tillbaka för komplettering eller att ansökan avslås på grund av bristande bevisvärde.

Medicinskt utlåtande skickas till;

Öckerö kommun
Färdtjänst
475 80 Öckerö

Vid frågor kontakta;

Handläggaren 031-97 62 47
Fardtjans@ockero.se

Postadress
Färdtjänst
475 80 Öckerö

Besöksadress
Sockenvägen 13
Öckerö

Telefon
Växel 031-97 62 00
Handläggare 031-97 62 47

E-post
kommun@ockero.se
fardtjanst@ockero.se



ÖCKERÖ KOMMUN
Miljö och samhällsbyggnadsförvaltningen
Trafik och anläggning

Medicinskt utlåtande till ansökan om färdtjänst och riksfärdtjänst

Sökanden

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

Utlåtandet baseras på:

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning	<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig
<input type="checkbox"/> Personligt kännedom sedan	<input type="checkbox"/> Annat, vad?

Anledning till utlåtandet

<input type="checkbox"/> Ansökan om färdtjänst <input type="checkbox"/> Ansökan om riksfärdtjänst <input type="checkbox"/> Annat:

Diagnos (på svenska)

Diagnoser av relevans för ansökan fysisk/psykisk, samt sjukdomsdebut.
Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/medicinsk utredning

Funktionshindrets konsekvenser

Beskriv eventuell fallrisk, kognitiv nedsättning, synnedsättning etc. Situationer och omständigheter då funktionshinder förekommer.

Varaktighet

Hur länge bedöms funktionshindret bestå?
<input type="checkbox"/> mindre än 3 månader <input type="checkbox"/> 3–6 månader <input type="checkbox"/> 6–12 månader <input type="checkbox"/> 12 – 24 månader <input type="checkbox"/> annan:

Postadress
Färdtjänst
475 80 Öckerö

Besöksadress
Sockenvägen 13
Öckerö

Telefon
Växel 031-97 62 00
Handläggare 031-97 62 47

E-post
kommun@ockero.se
fardtjanst@ockero.se



ÖCKERÖ KOMMUN
Miljö och samhällsbyggnadsförvaltningen
Trafik och anläggning

Förflyttningsförmåga

Bedöm sökandens förmåga att förflytta sig på egen hand med eventuellt gånghjälpmedel.

Sökanden klarar att förflytta sig _____ meter, med eventuellt gånghjälpmedel

Sökanden behöver stöd av annan person vid förflyttning? Nej Ja, ange varför

Hur har bedömningen av gångförmågan gjorts?

Sökandes egen beskrivning Gångtest (skicka med en bilaga av gångtestet)

Annat sätt, hur?

Klarar sökanden att gå i trappa?

Ja, på egen hand Ja, med stöd Nej, beskriv varför

Hjälpmedel

Vilket/vilka hjälpmedel använder sökanden vid förflyttningar?

Inga hjälpmedel Rollator Manuell rullstol El-rullstol/permobil Servicehund

Annat, vad?

Allmänna kommunikationer

Klarar sökande att resa med allmänna kommunikationer som är anpassad för en person med funktionsnedsättning ex. lågt insteg, ramp.

Buss Ja, på egen hand Ja, med stöd av ledsagare Nej

Tåg Ja, på egen hand Ja, med stöd av ledsagare Nej

Flyg Ja, på egen hand Ja, med stöd av ledsagare Nej

Om nej, vad är anledning och vilka konsekvenser uppstår?



ÖCKERÖ KOMMUN
Miljö och samhällsbyggnadsförvaltningen
Trafik och anläggning

Ledsagare

Har sökande behov av hjälp från ledsagare **i fordonet?** *Enbart behov av hjälp på resmålet berättigar inte till ledsagare.*

Nej Ja, vilken hjälp behöver sökanden?

Ensamåkning

Medför funktionshindret svårigheter för sökanden att samåka med andra resenärer?

Nej Ja, vilka svårigheter och konsekvenser uppstår?

Fordonstyp

Vilken fordonstyp behöver sökanden resa med?

Kan sökanden resa i en personbil? ja? Nej?

Behöver sökanden resa med specialfordon Ja Nej, varför?

Underskrift

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Befattning		Eventuell specialistkompetens
Tjänsteställe		Stämpel (obligatoriskt)
Telefonnummer (ej växel)		
Har sökanden tagit del av utlåtandet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Postadress
Färdtjänst
475 80 Öckerö

Besöksadress
Sockenvägen 13
Öckerö

Telefon
Växel 031-97 62 00
Handläggare 031-97 62 47

E-post
kommun@ockero.se
fardtjanst@ockero.se