



Vingåkers
kommun

Läkarutlåtande till ansökan om färdtjänst

(Ifyllt utlåtande skickas till sökande för underskrift)

Personuppgifter

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

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)

Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc

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

Information till läkare

Enligt §7 Lag om färdtjänst ska färdtjänst 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 kommunikationsmedel.

Gällande regler för sjuk- och behandlingsresor samt tandvård, hänvisas patienten till vårdgivaren.
Vid frågor kontakta Sjukreseenheten, Landstinget Sörmland tfn 0155-247357

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser.

Funktionsnedsättning

Art, omfattning och effekter. Beskrivning av sökandens symtombild, situationer då sökandes besvär förekommer.

Genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning med mera)

Sökandes behov av hjälp i fordonet under resa

Om ja, vilken form av hjälp?

Om sökande inte kan samåka med andra

Ange specifika skäl.

Underskrift läkare

Datum och leg. läkares underskrift	Läkares arbetsplats, t.ex sjukhus, vårdinrättning
Namnförtydligande	Telefonnummer

Underskrift sökande

Sökande har tagit del av innehållet i detta utlåtande

Datum och sökandes underskrift
