

Information till den som skriver utlåtandet. Blanketten finns ifyllningsbar på <https://e.katrineholm.se/fardtjanst>

Utlåtande till ansökan om färdtjänst

Ifyllt utlåtande skickas till den 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 datum:	<input type="checkbox"/> Observation
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Annat, vad?

Information till intygsskrivare

För att beviljas kommunal färdtjänst ska den sökande ha en funktionsnedsättning som är varaktig (minst tre månader). Den sökande ska ha väsentliga svårigheter att förflytta sig och resa med allmänna färdmedel. Enbart bristande tillgång till kollektiva färdmedel är inte skäl att bevilja färdtjänst.

För sjuk- och behandlingsresor samt resor till tandvård, hänvisas patienten till vårdgivaren.

Vid frågor kontakta Sjukreseenheten, Region Sörmland telefon 0155-24 73 57.

Diagnos (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser (som har betydelse för förmågan att förflytta sig och färdas kollektivt)

Vanligt förekommande symtom (om de finns)

Yrsel	<input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Art, frekvens och konsekvens
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Art, frekvens och konsekvens
Hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Art, frekvens och konsekvens
Nedsättning av syn	<input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Art, frekvens och konsekvens

Funktionsnedsättning

Konsekvens av den sökandes besvär. Beskrivning av symtombild, situationer då besvär förekommer.

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Mindre än 3 mån 3-6 mån 6-12 mån Mer än 12 mån Annan bedömning, tid:

Eventuella hjälpmedel

Stödkäpp/kryckor Rollator/gåstol Rullstol, manuell Rullstol, eldriven Elmoped
 Servicehund Tekniskäpp/markeringskäpp för synskadade Annat. Vad?

Övrig information:

Förmåga att förflytta sig självständigt

Att **med** eller **utan** hjälpmedel förflytta sig på egen hand. Maximal gångsträcka i meter, med eller utan vilopaus.
Förmåga att gå i trappor.

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

Behov av hjälp i fordonet under resa

Om Ja, vilken form av hjälp?

Samåkning

Ange orsak om den sökande inte kan samåka med andra.

Underskrift av Legitimerad personal

Datum	Underskrift	Yrkestitel och arbetsplats, t.ex. sjukhus, vårdinrättning
Namnförtydligande		Telefonnummer

Underskrift av den sökande

Jag har tagit del av innehållet i detta utlåtande

Datum och sökandes underskrift

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).
Du kan läsa mer på katrineholm.se/personuppgifter.

Intyget skickas till:

Katrineholms kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, Medborgarfunktionen,
641 80 Katrineholm