



LÄKARUTLÅTANDE

VID ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Personnummer _____

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Utlåtandet är baserat på

Personlig kännedom

Journalanteckningar

Senaste läkarbesök, datum _____

Diagnos

Förflyttning

Läkaren bedömer att patienten kan förflytta sig högst _____ meter.

Anledning till att patienten ej bedöms kunna förflytta sig längre sträcka:

Åka buss/tåg

Läkaren bedömer att patienten utan hjälp kan ta sig ombord på buss/tåg ja nej

Om svaret är nej, ange orsak: _____

Epilepsi Anfallsfrekvens (ange antal) _____

Svårighetsgrad petit mal grand mal anfallsfri

Yrsel lätt måttlig grav

Eventuell kommentar: _____

Kärlkramp lätt måttlig grav

Astma lätt måttlig grav

Ange om möjligt symtomframkallande allergen: _____

Lungsjukdom lätt måttlig grav

Samåkning

Om patienten beviljas färdtjänst kan då samåkning ske med annan resenär? ja nej

Om svaret är nej, ange orsak: _____

Funktionshindret beräknas kvarstå (antal månader): _____

Övriga upplysningar av läkaren:

Ort och datum

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Skicka utlåtandet till:

Åtvidabergs kommun
Samhällsbyggnadsförvaltningen
Box 206
597 25 Åtvidaberg

Frågor

Vid frågor ring kommunens växel 0120-830 00.

Färdtjänsten i Åtvidabergs kommun

Färdtjänsten vänder sig till personer som på grund av funktionshinder har väsentliga svårigheter att resa med allmänna kommunikationer. Behovet av färdtjänst ska vara bestående eller långvarigt. Beslut om färdtjänst fattas av kommunens färdtjänsthandläggare. Handläggaren kan begära utlåtande av läkare som ett komplement till beslutsunderlag. Färdtjänstresor sker med minibussar som är lämplig både för rullstolsburna och gående.

Hantering av personuppgifter

Uppgifterna kommer behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur uppgifterna behandlas hänvisas till kommunens webbplats.