ÅMÅLS KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen

Läkarutlåtande
Till ansökan om färdtjänst

Ankomstdatum

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	Telefon

Intyg baserat på

☐ Undersökning av sökanden vid besök Datum	☐ Journalanteckningar Datum
☐ Uppgifter från sökanden, utan undersökning Datum	☐ Personlig kännedom sedan Datum
☐ Uppgifter från anhöriga eller god man Datum	☐ Annat Ange vad

Medicinska diagnoser (på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

Genomförd, pågående eller planerad behandling

Beskrivning av funktionsnedsättningen

Patientens förmåga att förflytta sig på egen hand och uppskattad förflyttningssträcka

Funktionshindrets förväntade varaktighet

☐ Mindre än 3 mån ☐ 3-6 mån ☐ 6-12 mån ☐ Mer än 12 mån	Annan bedömning

Eventuella hjälpmedel vid förflyttning

☐ Stödkäppar/Kryckor ☐ Rullstol, manuell ☐ Teknikkäpp/Markeringskäpp för synskadade

☐ Rollator/Gåstol ☐ Rullstol, eldriven ☐ Ledarhund ☐ Annat, ange vad

Färdmedel

Kan patienten färdas i vanlig personbil/taxi

☐ Ja ☐ Nej, patienten måste färdas med specialfordon ☐ Annat, ange vilket

Övrigt

Underskrift

Ort och datum		
Leg läkare, namnteckning	Namnförtydligande	
Tjänsteställe		Telefon