**Medicinskt intyg vid ansökan om färdtjänst**

När du för första gången ansöker om färdtjänst ska intyg bifogas om funktionsnedsättningen. Intyg kan fyllas i av exempelvis läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller sjuksköterska som har kännedom om dig och din situation.

**Uppgift om den sökande**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och Efternamn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och Ort |
| Mailadress | Telefonnummer |

**Uppgifterna baserade på (kryssa i aktuell ruta)**

Besök av sökanden  Uppgift lämnad av sökanden Telefonkontakt sökanden

Kontakt med anhörig  Journalanteckningar Personlig kännedom

**Om uppgifter lämnats av annan**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn/relation | Telefonnummer |

**Funktionsnedsättning**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnos | Sjukdom/skada uppstod, datum |
| Diagnos | Sjukdom/skada uppstod, datum |
| Beskriv utförligt sökandes hälsotillstånd och funktionsnedsättning samt hur den påverkar sökandes gång och reseförmåga. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. | |
| Beskrivning av behovet av hjälp | |
| Förflyttningar (hur långt bedöms den enskilde kunna förflytta sig, med eller utan hjälpmedel) | |
| Hjälpmedel (Behöver den enskilde ha hjälpmedel med sig vid resor) | |

Smärta och värk

Lätt  Måttlig  Grav  Ej aktuellt

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

Yrsel/Balans

Lätt  Måttlig  Grav  Ej aktuellt

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

Psykisk/kognitiv nedsättning

Lätt  Måttlig  Grav  Ej aktuellt

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

**Beskrivning av svårigheter sökanden har före, under och efter resande med allmänna kommunikationsmedel.**

Svårigheter vid av och påstigning

Ja – ange orsak  Nej

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

Svårigheter att vistas på buss eller tåg

Ja- ange orsak  Nej

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

Kan den enskilde använda kollektiva transportmedel med ledsagare

Ja  Nej - ange orsak och påverkan

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

**Beskrivning av sökandes behov under resan**

Kan sökanden åka sittande i bil?

Ja  Nej – ange orsak

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

Kan sökande flytta från rullstol till säte?

Ja  Nej - ange orsak

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

Har sökanden behov av att sitta i rullstol eller åka liggande transport under resan?

Ja, rullstol  Ja, elrullstol  Nej  Behov av liggande transport

|  |
| --- |
| Beskrivning av bedömningen, |

**Bedömning av funktionsnedsättningens varaktighet**

<3 mån  <3–5 mån  6- 12 mån

Annan bedömning ange tid:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bestående

**Intyg utfärdat av**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och Efternamn | Profession |
| Adress | Postnummer och Ort |
| Mailadress | Telefonnummer |

**Namnteckning intygsskrivande**

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning | Ort och datum |

**Information till dig som utfärdar läkarutlåtande**

Färdtjänst är anpassad kollektivtrafik för personer som har svårt att resa med tex buss på egen hand. En person kan beviljas färdtjänst om den har en funktionsnedsättning, fysisk eller psykisk, som innebär att den inte alls eller med väsentliga svårigheter kan förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel. Funktionsnedsättningen ska ha viss varaktighet för att personen ska kunna få färdtjänst. Färdtjänst ersätter inte obefintlig eller dåligt utbyggd kollektivtrafik. Resor till och från vården hänvisas till sjukresor.

**Läkarutlåtandet är viktigt för vår bedömning**

Bedömning av rätten till färdtjänst görs av handläggare på socialförvaltningen. För att vi ska kunna göra en så riktig bedömning som möjligt behöver vi ett medicinskt utlåtande som utförligt beskriver diagnosen och hur den påverkar personen.

**Läkarintyg skickas till**

Markaryds kommun

Färdtjänsthandläggare

Box 74

285 22 Markaryd