

OBS: Om detta utlåtande gäller för färdtjänst eller riksfärdtjänst, måste även en ansökan insändas till Kalmar länstrafik. Ansök via 1177.se eller kontakta handläggare för utskick av ansökan.

Sökandens personnummer

Namn

Adress

Telefon

Vårdgivarens namn och arbetsplatsadress (klartext el. stämpel)
(intyg kan utfärdas av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator)

Telefon

Detta utlåtande gäller: Färdtjänst / Riksfärdtjänst Sjukresor

Besöksdatum:

OBS: Vid enstaka resor med sjukresa behövs ej utlåtande skrivs. Det räcker att vården ger sitt utlåtande per telefon.

Utlåtandet baserat på:

Undersökning vid besöket Journalanteckningar Personlig kännedom sedan år _____

DIAGNOSER - FUNKTIONSFÖRMÅGA

Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behovet av serviceresor

Sjukdomsdebut år _____

Övriga aktuella diagnoser av betydelse för behovet av serviceresor

Beskriv sökandens synliga/dolda funktionsnedsättningar

Beskriv vilka svårigheter (fysiska och psykiska) sökanden har att resa med allmän kollektivtrafik

Ja Nej Om ja, ska det nedan beskrivas på vilket sätt:

Svårigheter att ta sig till busshållplats eller tågstation

Svårigheter att ta sig av/på bussen/tåget

Svårigheter att vistas på bussen/tåget

Om nej, ska det nedan förklaras varför:

Skulle sökanden kunna resa med kollektivtrafik om ledsagare medföljer

Skulle sökanden kunna resa i buss/tåg om anslutningsresor till närmaste hållplats erbjuds

OBS: Bristande allmänna kommunikationer, som exempelvis avstånd och tider, ska ej beskrivas.

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/rehabilitering

Smärta - Värk (Koder för gradering av smärta och värk):

1 = Lätt 2= Endast vid kraftig ansträngning 3= Redan vid lätt ansträngning 4= Vilosmärta-kraftig spontan smärta vid vila

6 Ange graden av smärta och värk med hjälp av ovanstående kodsiffror:

Kod Kod Röntgenverifierat Kod Röntgenverifierat

Höftled, höger sida _____ Vänster sida _____ År _____

Ländrygg _____ År _____

Knäled, höger sida _____ Vänster sida _____ År _____

Nacke _____ År _____

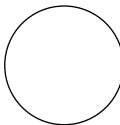
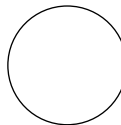
Vrist och fot, höger sida _____ Vänster sida _____ År _____

		Personnummer
7	Hjärt- och/eller Lungsjukdomar	Kommentar
	Vilodyspné..... <input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav	
	Ansträngningsdyspné <input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav	Ange NYHA 1-4:

8	Astma Bronkiale / Kol	Svårighetsgrad:
	Astmatyp: <input type="radio"/> Endogen <input type="radio"/> Exogen Ange om möjligt symtomframkallande allergen	<input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna Antal ggr _____

9	Neurologiska sjukdomar	Kommentar
	Ataxi/Spasticitet..... <input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav Pares (ange kroppsdel)... <input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav	

10	Yrsel	Ange orsak och frekvens
	<input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav	

11	Ögonsjukdomar (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)	Synfärlsinskränkning: <input type="radio"/> Ingen <input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Måttlig <input type="radio"/> Grav
	Synskärpa: <input type="text"/> <input type="radio"/> Med korr <input type="radio"/> Utan korr	Vid synfärlsinskränkning ange ungefärlig utbredning:
	Höger öga _____ Vänster öga _____ Har patient ledsyn? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Höger öga  Vänster öga 

12	Bedömning av servicersor (Färdtjänst/Sjukresor)	
	Ange funktionshindrets beräknade varaktighet: <input type="radio"/> Antal <input type="text"/> månader <input type="radio"/> Antal <input type="text"/> år <input type="radio"/> För all framtid	
	Hur långt bedöms den sökande kunna förflytta sig <u>med</u> eventuella hjälpmedel såsom rullator eller kryckor? <input type="radio"/> 0 meter <input type="radio"/> upp till 100 m <input type="radio"/> upp till 200 m <input type="radio"/> upp till 300 m <input type="radio"/> över 300 m	Klarar sökanden att fortsätta efter vila <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

Uppgifterna om gångsträcka är baserade på:

Undersökning/bedömning av sökanden vid besök Uppgift från sökanden, utan undersökning

Journalanteckning, ej personlig kännedom Personlig kännedom sedan:

Annat:

Övriga upplysningar (ex: ytterligare hjälpbehov etc): <input type="text"/>	Blanketten skickas till: Servicersor Kalmar Länstrafik Box 54, 579 22 Högsby Kalmar Länstrafik - en del av Region Kalmar län
---	---

OBS: Ifyllt utlåtande ska vara delgivet patienten.
Ofullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering (punkterna 1-5 samt 12 är obligatoriska).

Datum _____ Vårdgivarens underskrift _____