



VAR GOD TEXTA

OBS: För att vi ska kunna bedöma utlåtandet är det viktigt att hela formuläret är komplett ifyllt.

1

Vårdgivarens namn och arbetsplatsadress (klartext el. stämpel) (intyg kan utfärdas av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator)		Sökandens personnummer
Telefon		Namn
Adress		Adress
Telefon		Telefon
Detta utlåtande gäller: <input type="checkbox"/> Färdtjänst / Riksfärdtjänst <input type="checkbox"/> Sjukresor		
Besöksdatum:		OBS: Vid enstaka resor med sjukresa behövs ej utlåtande skrivs. Det räcker att vården ger sitt utlåtande per telefon.
Utlåtandet baserat på: <input type="checkbox"/> Undersökning vid besöket <input type="checkbox"/> Journalanteckningar <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år _____		

DIAGNOSER - FUNKTIONSFÖRMÅGA

2

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

3

--

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

4

	Ja	Nej	Om ja, ska det nedan beskrivas på vilket sätt:
Svårigheter att ta sig till busshållplats eller tågstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Svårigheter att ta sig av/på bussen/tåget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Svårigheter att vistas på bussen/tåget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Skulle sökanden kunna resa med kollektivtrafik om ledsagare medföljer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om nej, ska det nedan förklaras varför: <input type="text"/>
Skulle sökanden kunna resa i buss/tåg om anslutningsresor till närmaste hållplats erbjuds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
OBS: Bristande allmänna kommunikationer, som exempelvis avstånd och tider, ska ej beskrivas.			

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/rehabilitering

5

--

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
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

Hjärt- och/eller Lungsjukdomar

7

Vilodyspné..... Lätt Måttlig Grav

Ansträngningsdyspné Lätt Måttlig Grav

Kommentar

Ange NYHA 1-4:

Astma Bronkiale / Kol

8

Astmatyp:

Endogen Exogen

Ange om möjligt symtomframkallande allergen

Svårighetsgrad:

Lätt Måttlig Grav

Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna

Antal ggr _____

Neurologiska sjukdomar

9

Ataxi/Spasticitet..... Lätt Måttlig Grav

Pares (ange kroppsdel)... Lätt Måttlig Grav

Kommentar

Yrsel

10

Lätt Måttlig Grav

Ange orsak och frekvens

Ögonsjukdomar (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)

11

Synskärpa: Med korr Utan korr

Höger öga _____ Vänster öga _____

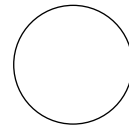
Har patient ledsyn? Ja Nej

Synfältinskränkning:

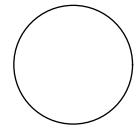
Ingen Lätt Måttlig Grav

Vid synfältinskränkning ange ungefärlig utbredning:

Höger öga



Vänster öga



Bedömning av serviceresor (Färdtjänst/Sjukresor)

12

Ange funktionshindrets beräknade varaktighet:

Antal månader

Antal år

För all framtid

Hur långt bedöms den sökande kunna förflytta sig med eventuella hjälpmedel såsom rullator eller kryckor?

0 meter upp till 100 m upp till 200 m upp till 300 m över 300 m

Klarar sökanden att fortsätta efter vila

Ja 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):

Blanketten skickas till:

Serviceresor
Kalmar Länstrafik
Box 54, 579 22 Högsby

Kalmar Länstrafik - en del av
Landstinget i Kalmar län

OBS: Ifyllt utlåtande ska vara delgivet patienten.

Fullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering (punkterna 1-5 samt 12 är obligatoriska).

Datum _____

Vårdgivarens underskrift _____