



BÄSTA LIVSPLATSEN

**Region Halland**

Färdtjänstavdelningen

Telefon: 010-476 19 22, vardagar 9-12

# Utlåtande

– ifylls av behörig sjukvårdspersonal

Region Hallands anteckningar Ankomststämpel	
Kundnr	FT tom

Skickas till:

Region Halland  
Färdtjänstavdelningen  
Box 281  
311 23 FALKENBERG

## Personen utlåtandet avser

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Telefon dagtid
Postadress	

## Diagnoser på svenska

Huvuddiagnos	Debuterade år och månad
Ev. övrig diagnos	
Ev. övrig diagnos	
Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling	
.....	
.....	

## Beskrivning av funktionsnedsättningen

Beskriv funktionsnedsättningen
.....
.....
.....
.....
.....
Hur länge bedöms personens funktionsnedsättning bestå?
<input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader <input type="checkbox"/> Längre än 3 månader <input type="checkbox"/> Tills vidare <input type="checkbox"/> Annan

## Förflyttningssvårigheter

Hur och i vilken grad/omfattning påverkar funktionsnedsättningen personens förmåga att förflytta sig?
.....
.....
I vilken omfattning finns behov av förflyttningshjälpmedel och i så fall vilket/vilka?
.....
Hur långt bedöms personen kunna förflytta sig på egen hand med förflyttningshjälpmedel?
Antal meter.....

## Resa med allmän kollektivtrafik

Hur klarar personen, trots sin funktionsnedsättning, att resa med allmän kollektivtrafik? Observera att frågan inte avser förmågan att ta sig till och från hållplats/station eller hur lång sträcka personen behöver förflytta sig för att komma dit.

- På egen hand       Med viss hjälp av förare       Med ledsagare       Kan inte resa alls

Motivera din bedömning:

## Särskilda behov i färdtjänsten

Finns behov av att resa på särskilt anpassat sätt till följd av personens funktionsnedsättning? Exempelvis särskilt hjälpbehov under bilfärden och möjlighet att klara samåkning. I så fall vilket och varför?

## Övriga upplysningar

## Uppgifterna ovan är baserade på

- Undersökning (ååmmdd): .....       Journalanteckning  
 Personlig kännedom sedan (ååmmdd): .....       Annat  
 Uppgifter från anhöriga eller god man      Annat.....

## Underskrift

Ort och datum	Tjänsteställets stämpel
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Titel	
Tjänsteställe	
Telefonnummer	Telefontid