

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?			
☐ Mindre än 3 månader	☐ Längre än 3 månader	☐ Tills vidare	☐ 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 (buss/tåg)

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