

## Medicinskt utlåtande för färdtjänst

Skicka ansökan till:  
*Tillståndsenheten för färdtjänst*  
*Umeå kommun*  
*901 84 Umeå*

Kontaktuppgifter:  
fardtjansten@umea.se  
090-16 10 14  
www.umea.se/fardtjanst

### Utlåtandet avser

Personnummer (patient)

Namn (patient)

### Utlåtandet utfärdas av

Namn

Yrkestitel

Enhet/avdelning/arbetsplats

Datum när detta utlåtande utfärdas

### Utlåtandet är baserat på

*Du kan ange ett eller flera alternativ*

Undersökning

Journaluppgifter

Annat underlag

Om annat underlag, beskriv:

### Diagnos

## Funktionsnedsättning

**Psykiska funktioner** (exempelvis förmåga att kommunicera eller samspela, förmåga till uppmärksamhet och koncentration, orientering, intellektuell funktionsnedsättning)

Ja

Nej

Om ja, beskriv:

**Sinnesfunktion och smärta** (exempelvis syn, hörsel, smärtpåverkan)

Ja

Nej

Om ja, beskriv:

**Rörelserelaterade funktioner** (exempelvis balans, koordination, motorik, muskelstyrka)

Ja

Nej

Om ja, beskriv:

**Övrig kroppslig funktion** (exempelvis andning, lungsjukdom, hjärtsjukdom, annat)

Ja

Nej

Om ja, beskriv:

## Aktivitetsbegränsningar

Hur påverkar funktionsnedsättningen patientens förmåga att självständigt förflytta sig till/från kollektivtrafik?

Hur påverkar funktionsnedsättningen patientens förmåga att resa med kollektivtrafik?

## Förflyttningsförmåga

*Bedömningen av förflyttningsförmågan ska vara objektivt uppmätt av den som utfärdar utlåtandet alternativt av annan legitimerad sjukvårdspersonal. Patientens egna uppgifter eller anamnes är inte tillräckligt.*

Hur långt bedömer du att patienten maximalt klarar att förflytta sig med bästa hjälpmedel, inklusive vilopauser?

*Anges i meter*

Om hjälpmedel, vilket?

Om vilopauser, hur många?

Om patienten har gångsvårigheter/balansnedsättning men *inte* använder gånghjälpmedel. Beskriv varför.

Vilken undersökning baseras den angivna maximala gångsträcken på? Beskriv.

*Anamnes eller patientens egen beskrivning är inte tillräckligt som svar på denna fråga*

Förflyttningsförmåga vid nivåskillnader, trappa?

Påverkas nuvarande förflyttningsförmåga ytterligare av temperatur, väderförhållanden, annat?

## Varaktighet

Hur länge förväntas aktuell funktionsnedsättning påverka förmågan att resa med kollektivtrafik?

*Anges i exempelvis veckor, månader, år, livslångt.*

Pågående eller planerade behandlingar?

## Behov vid färdtjänstresa i taxi

*Färdtjänstförarens huvudsakliga uppgift är att framföra fordonet på ett trafiksäkert sätt. Förare hjälper vid behov till med att följa resenär mellan ytterport i markplan och fordon, i- och urstigning, i- och urlastning av bagage och hjälpmedel samt att ta på/av bilbälte. Om resenären behöver mer hjälp än vad föraren kan ge, kan resenären ansöka om plats i bilen för att ha med en ledsagare. Behov av hjälp på resmålet ingår inte i bedömningen, då är färdtjänstresan avslutad. Enbart behov av hjälp inför och under färdtjänstresa bedöms.*

Klarar patienten att resa ensam med den hjälp föraren kan erbjuda?

Ja

Nej

Om nej, beskriv hjälpbehovet *inför* och *under* färdtjänstresa i taxibil (ej på resmålet):

Klarar patienten att förflytta sig till sittande på säte i personbil?

Ja

Nej

Om nej, beskriv varför:

Behöver patienten resa på ett särskilt sätt i fordonet?

Ja

Nej

Om ja, beskriv på vilket sätt:

Övriga upplysningar

*Vi behöver spara och behandla ifyllda personuppgifter. Vi efterfrågar bara de personuppgifter som krävs för att vi ska kunna behandla ärendet. Om du inte lämnar efterfrågade uppgifter kommer vi inte att kunna hantera ärendet. Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Vi kan komma att dela personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga enligt lag, till exempel enligt offentlighetsprincipen.*

*Personuppgiftsansvarig är Tekniska nämnden.*

*Läs mer om dina rättigheter, rättslig grund och syftet med behandlingen på [umea.se/gdpr](http://umea.se/gdpr)*