

Färdtjänst, specialistutlåtande

Personuppgifter

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

☐ Jag godkänner att personuppgifterna i detta ärende behandlas enligt [dataskyddsförordningen \(GDPR\)](#) (öppnas i nytt fönster).

Utlåtandegrund

Ange vad utlåtande baseras på (flera alternativ kan anges) och datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc

☐ Undersökning av sökanden vid besök	Ange datum
☐ Journalanteckningar	Ange datum
☐ Uppgifter från anhörig eller god man	Ange datum
☐ Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Ange datum
☐ Personlig kännedom sedan	Ange datum
☐ Annat	Ange vad

Diagnos

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning utförligt utifrån den sökandes förmåga att förflytta sig och att färdas med allmänna kommunikationer

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet i månader

Hjälpmedel

Hjälpmedel vid förflyttning ☐ Aldrig ☐ Ibland ☐ Alltid

Typ av hjälpmedel

Övriga noteringar

Färdtjänst, specialistutlåtande

Resor

Bedömer du att den sökande klarar att resa med allmänna kommunikationer?

☐

Ja

☐

Nej

Motivera ställningstagandet

Beskriv och motivera den sökandes särskilda behov i fordonet under resan

Övrigt

Kontaktuppgifter

Förnamn	Efternamn
Titel	Telefon
Specialistkompetens	

Underskrift

Namnförtydligande	Ort
Underskrift	Datum