



LÄKARINTYG angående särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

VAR GOD TEXTA

1	Läkarens namn och arbetsplatsadress (klartext el. stämpel)	Sökandens personnummer
	Sven Svensson Stockholms Rehabklinik 12345 STOCKHOLM	19 151515-1515 Namn Bengt Bengtsson Adress Firmavägen 32 123 45 Upplands Täby
	Telefon 08-000 000	Sökandes telefon
	Besöksdatum 2006-07-25	
	Intyget baserat på: ☒ Undersökning vid besöket ☒ Journalanteckningar ☒ Personlig kännedom sedan år 2004	

DIAGNOSER - FUNKTIONSFÖRMÅGA

2	Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst) Autism FB4,0 Sjukdomsdebut år 1982
	Övriga diagnoser av betydelse för behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst) Ospecc psykisk utvecklingsstörning med betydande beteendestörning F79,1

Beskriv sökandens synliga/dolda funktionshinder

3	Autismdiagnosen ställdes i förskoleåldern. Patienten har stora kommunikationsproblem, kan inte tala. Gravyt beteendestörd. Stora brister i den sociala interaktionen med andra människor.
---	---

Beskriv vilka svårigheter sökanden har att resa med allmän kollektivtrafik

4	Kan bli mycket utåtagerande och självdestruktiv i okända och stressade situationer. Patienten har gått handgripligt tillväga då man provat att åka buss eller tåg. Han är mycket störd av andra människor.
---	--

Betingelser under vilka sökanden kan klara resor med allmän kollektivtrafik

5	Klarar inte detta, inte ens med ledsagare.
---	--

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/rehabilitering

6	Patienten har kontakt med pedagog och arbetsterapeut vid Habiliteringscenter för vuxna med autism. Åtföljs alltid av personal.
---	--

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 i vila

7	Ange graden av smärta och värk med hjälp av ovanstående kodsiffror:				Ange graden av smärta och värk	
	Kod	Kod	Röntgenverifierat	Kod	Röntgenverifierat	
	Höftled höger sida	Vänster sida	Ar	Ländrygg	Ar	
	Knäled, höger sida	Vänster sida	Ar	Nacke	Ar	
	Vrist och fot, höger sida	Vänster sida	Ar			

HJÄRT OCH/ELLER LUNGSJUKDOMAR		Personnummer 19 151515-1515
8	Vilodyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav	Kommentar
	Ansträngningsdyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav	Ange NYHA 1-4:

ASTMA BRONKIALE / KOL	
9	Astmatyp: ☐ Endogen ☐ Exogen Ange om möjligt symptomframkallande allergen -----
	Svårighetsgrad: ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna: ----- Antal ggr

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR	
10	Ataxi/Spasticitet ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav Pares (ange kroppsdel): ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
	Kommentar -----

YRSEL	
11	☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
	Ange orsak och frekvens

ÖGONSJUKDOMAR (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)	
12	Synskärpa: ☐ Med korr ☐ Utan korr Höger öga ----- Vänster öga ----- Har patienten ledsyn? ☐ Ja ☐ Nej
	Synfältinskränkning: ☐ Ingen ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav Vid synfältinskränkningar ange ungefärlig utbredning: Höger öga  Vänster öga 

BEDÖMNING AV SÄRSKILD KOLLEKTIVTRAFIK (FÄRDTJÄNST)	
13	Behov föreligger? ☒ Ja ☐ Nej ☐ Kan ej bedöma
	Om behov föreligger enbart vintertid: ☐ En vinter ☐ Antal vintrar: --- ☐ Vinter för all framtid
	Ange funktionshindrets beräknade varaktighet: ☐ Antal: --- mån ☐ Antal: --- år ☒ För all framtid
	Färdsätt: ☒ Av färdtjänsten anvisat fordon ☐ Specialfordon ☐ Bårburen resa
	Innebär sökandens funktionshinder att det är omöjligt att resa tillsammans med annan resenär? ☒ Ja ☐ Nej
	Om ja, specificera varför: ----- patienten kan bli mycket aggressiv mot medresenärer.
	Är sökanden i behov av ledsagare för att kunna resa med särskild kollektivtrafik (färdtjänst) ? ☒ Ja ☐ Nej
	Om ja, beskriv ledsagarens uppgift: ----- att förhindra att patienten kastar sig mot chauffören eller dörren.

Ofullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering

2006-07-25

Datum

Läkarens underskrift

B2392-01L