

Skickas till:

RKM
Smedjegatan 19,
972 32 LULEÅ
eller e-post: fardtjanst@rkmbd.se

Samtliga uppgifter skall fyllas i. (var god texta)

Profession <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Sjukgymnast / Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Annan:	
Intygarens Namn	Sökandes Personnummer
Intygarens Arbetsplats	Sökandes Namn
Intygarens Telefon	Sökandes Adress
Besöksdatum	Sökandes telefon
Intyg baserat på Undersökning vid besök Journalanteckningar Personlig kännedom sedan år:	

Diagnos/-er av vikt för ansökan (om möjligt på svenska)

	fastställd år:
	fastställd år:
	fastställd år:
	fastställd år:
	fastställd år:

Dolda funktionsnedsättningar

--

Beskrivning av funktionstillstånd och funktionsnedsättning

Art, Omfattning och effekter. Beskriv Symtombild, situationer och omständigheter då besvären förekommer

--

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

< 3 månader	3-6 månader	6 månader-1 år	>1 år	Bestående
-------------	-------------	----------------	-------	-----------

Fallrisk/Yrsel/Balans

Fallit senaste året	Yrsel	Nedsatt balans	Lågt blodtryck	Ej orienterad	Läkemedel
---------------------	-------	----------------	----------------	---------------	-----------

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling / rehabilitering

Läkemedel som är av betydelse för bedömning

--

Förmåga att förflytta sig på egen hand

Gångförmåga		Behov av hjälpmedel vid förflyttning			Maximal gångsträcka UTAN hjälpmedel på plan mark		
Normal	Nedsatt	Alltid	Ibland	Aldrig	0 – 50m	50 – 200m	> 200m
Trappgång					Maximal gångsträcka MED hjälpmedel på plan mark		
Klärar 1 vån med räcke		Klärar ej 2 steg utan räcke			0 – 50m	50 – 200m	> 200m
Hjälpmedel	Stödkäpp / Kryckor Rollator / Gåstol / Gåbord Annat, ange vad	Rullstol, manuell Rullstol, eldriven	Stöd/hjälp av annan person Ledarhund				
Förmåga att använda allmänna kommunikationer (om sådan finns)					Klärar	Klärar inte	
Ange svårigheter:							

Smärta – Värk (Koder för gradering av smärt och värk)

1= Lätt 2= Endast vid kraftig ansträngning 3= Redan vid lätt ansträngning 4= Vilosmärta, kraftig spontan smärta i vila							
Ange graden av smärta och värk med ovanstående kodsiffror:						Ange graden av smärta och värk:	
Kod		Kod		Röntgenverifikat		Kod	
Axelled höger sida		Vänster sida		År		Ländrygg	
Hand & fingrar, höger sida		Vänster sida		År		Nacke	
Höftled, höger sida		Vänster sida		År		Annat	
Knäled, höger sida		Vänster sida		År			
Vrist och fot, höger sida		Vänster sida		År			

Hjärt- och/eller lungsjukdomar

Vilodyspné	Lätt	Måttlig	Grav	Ansträngningsdyspné	Lätt	Måttlig	Grav
------------	------	---------	------	---------------------	------	---------	------

Astma bronkiale / kol

Astmatyp			Svårighetsgrad		
Endogen	Exogen	Allergen:	Lätt	Måttlig	Grav

Neurologiska sjukdomar

Ataxi/Spasticitet	Lätt	Måttlig	Grav	Kommentar
Pares (ange kroppsdel)	Lätt	Måttlig	Grav	

Syn och hörsel (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)

Synskärpa				Synfälsinskränkning			
Med korr	Utan korr	Höger öga:	Vänster öga:	Ingen	Lätt	Måttlig	Grav
Sökandes hörsel				Har patienten ledsyn?			
Utan anmärkning	Nedsatt	Döv		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		

Bedömning av särskild kollektivtrafik (Färdtjänst)

Behov föreligger?			Om behov föreligger enbart vintertid		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kan ej bedöma	<input type="checkbox"/> En vinter	<input type="checkbox"/> Antal vintrar:	<input type="checkbox"/> Vinter för all framtid
Färd sätt				Särskild placering i fordonet var:	
Av färdtjänsten anvisat fordon		Specialfordon:	Bårburen resa		
Innebär sökandes funktionshinder att det är omöjligt att resa tillsammans med annan resenär?					
Ja Nej Om ja, specificera varför:					
Är sökande i behov av ledsagare för att kunna genomföra en resa med särskild kollektivtrafik (färdtjänst) ?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, beskriv ledsagarens uppgift:					

Datum och underskrift