

**Skickas till:**

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

**Samtliga uppgifter skall fyllas i. (var god texta)**

<b>Profession</b>	
Läkare	Arbetsterapeut
Sjukgymnast / Fysioterapeut	Annan profession
Intygarens Namn	Sökandes Personnummer
Intygarens Arbetsplats	Sökandes Namn
Intygarens Telefon	Sökandes Adress
Besöksdatum	Sökandes telefon
<b>Intyg baserat på</b>	
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		Klarar 1 vån med räcke			Klarar ej 2 steg utan räcke		
					0 – 50m	50 – 200m	> 200m
Hjälpmedel	Stödkäpp / Kryckor		Rullstol, manuell		Stöd/hjälp av annan person		
	Rollator / Gåstol / Gåbord		Rullstol, eldriven		Ledarhund		
	Annat, ange vad						
Förmåga att använda allmänna kommunikationer (om sådan finns)					Klarar	Klarar 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			Höger öga:		Synfälsinskränkning			
Med korr	Utan korr		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 <b>omöjligt att resa tillsammans</b> med annan resenär?				
Ja    Nej    Om ja, specificera varför:				
Är sökande i behov av <b>ledsagare</b> för att kunna genomföra en resa med <b>särskild kollektivtrafik (färdtjänst)</b> ?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    Om ja, beskriv ledsagarens uppgift:				

## Datum och underskrift