



Information till intygsskrivare

Färdtjänst är en form av kollektivtrafik som regleras i lag om färdtjänst. En person som har ett icke-tillfälligt funktionshinder och som på grund av sitt funktionshinder har väsentliga svårigheter att gå eller åka buss kan beviljas färdtjänst.

För att färdtjänstutredaren ska kunna göra en korrekt bedömning är det viktigt att sökandens funktionshinder beskrivs ingående. Var vänlig och beskriv också hur funktionshindret påverkar förflyttningsförmåga och förmåga att åka buss.

Om den som beviljas färdtjänst behöver hjälp till och från färdtjänsttaxin eller behöver hjälp att stiga in i och ut ur bilen finns tilläggstjänsten *extra behjälplighet* att ansöka om. Om den färdtjänstberättigade behöver hjälp under själva resan kan han/hon ansöka om utökat färdtjänsttillstånd att gälla även *ledsagare*. *Specialfordon* kan beviljas den som inte kan förflytta sig in i och ut ur en vanlig personbil och därför måste sitta i sin rullstol under resan. Det är funktionsnedsättningen och inte hjälpmedlet som avgör rätten till specialfordon.

(Ett ofullständigt ifyllt utlåtande återsänds för komplettering. Utlåtandet ska fyllas i av legitimerad sjukvårdspersonal eller annan personal med kompetens som bedöms likvärdig utifrån aktuellt funktionshinder. Texta gärna)

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer

Diagnos

Diagnosens förväntade varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än tre månader	<input type="checkbox"/> Annan bedömning. Ange tid:	<input type="checkbox"/> Tills vidare
--	---	---------------------------------------

Funktionshinder

Beskriv patientens funktionshinder.	
Funktionshindret uppstod	
Vid nedsatt syn, ange patientens synskärpa: Höger öga: Vänster öga:	Vid nedsatt lungkapacitet Lungkapacitet nedsatt till %

Funktionshindrets förväntade varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än tre månader	<input type="checkbox"/> Annan bedömning. Ange tid:	<input type="checkbox"/> Tills vidare
--	---	---------------------------------------

Patientens förmåga att förflytta sig

Beskriv patientens förmåga att förflytta sig med eventuella hjälpmedel.

Maximal gångsträcka utan vilopaus: meter.

Patientens förmåga att åka buss

Beskriv patientens förmåga att åka buss

Eventuella gånghjälpmedel

- Använder inte gånghjälpmedel Rollator Manuell rullstol (Fyll i nedan)
 Elmoped/permobil Käpp/Krycka Övrigt, ange vad:

Om patienten använder rullstol

Beskriv patientens förmåga att förflytta sig mellan rullstol och bilsäte.

Särskilda behov och behov av hjälp under färdtjänstresa

Om patienten har särskilda hjälpbehov i samband med färdtjänstresa, var god beskriv dessa utförligt.

Underskrift av intygsskrivare

Namn	Befattning
Vårdinrättning	
Adress	Postadress
Ort och datum	
Namnteckning	

Underskrift av patient

Patienten har tagit del av ovanstående uppgifter och godkänt att de ligger till grund för ansökan om färdtjänst. Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter: För att kunna handlägga och administrera din ansökan om färdtjänst sparar vi de personuppgifter du lämnar till oss. Namn, personnummer och kontaktuppgifter lämnas till Skånetrafiken för att kunna utfärda kort med serviceresebiljett, till de företag som utför färdtjänsttransporterna åt Malmö stad samt till det undersökningsföretag som utför kvalitetsundersökning på uppdrag av Malmö stad. Det är servicenämnden, Malmö stad som ansvarar för uppgifterna. Uppgifterna behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning 2016/679. Mer information finns på www.malmo.se

Skicka intyget till: Malmö stad, Serviceresor, 205 80 Malmö