

# Sakkunnighetsutlåtande till ansökan om riksfärdtjänst



**Sökande**

Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer	

**Utlåtandet utfärdat av**

Namn	Befattning
Tjänsteställe	Telefonnummer
Eventuell specialistläkarkompetens	
Plats för ev. stämpel	

**Utlåtandet baserat på (flera alternativ kan anges)**

<input type="checkbox"/> Undersökning av den sökande vid besök	Datum
<input type="checkbox"/> Journalanteckning från vårdinrättning (ange vilken/vilka)	
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	
<input type="checkbox"/> Uppgifter från den sökande, utan undersökning	Datum
<input type="checkbox"/> Personlig kännedom	Sedan vilket år
<input type="checkbox"/> Annat (ange vad)	

**Funktionsnedsättning**

Diagnoser (på svenska)	Debuterade år
Beskriv funktionsnedsättningen (art, omfattning och konsekvenser)	
<p>Hur länge bedöms funktionsnedsättningen bestå?</p> <input type="checkbox"/> mindre än 4 månader <input type="checkbox"/> 4-6 månader <input type="checkbox"/> 6-12 månader <input type="checkbox"/> mer än 12 månader <input type="checkbox"/> Annan bedömning: .....	
Beskriv eventuell genomförd, pågående eller planerad behandling (resultat, målsättning o. dyl.)	

**Funktionshinder**

<p>Medför funktionsnedsättningen hinder för att resa med långfärdsbuss?</p> <input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Nej, men bör ej resa ensam <input type="checkbox"/> Ja, bör inte alls resa med buss
Om ja, på vilket sätt?
<p>Medför funktionsnedsättningen hinder för att resa med tåg?</p> <input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Nej, men bör ej resa ensam <input type="checkbox"/> Ja, bör inte alls resa med tåg
Om ja, på vilket sätt?

**Funktionshinder och hjälpmedel**

Medför funktionsnedsättningen hinder för att resa med flyg? <input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Nej, men bör ej resa ensam <input type="checkbox"/> Ja, bör inte alls resa med flyg
Om ja, på vilket sätt?
Andra konsekvenser av funktionsnedsättningen som leder till att resa med allmänna kommunikationer på längre sträckor inom Sverige inte kan genomföras
Medför funktionsnedsättningen hinder för samåkning med andra resenärer i taxi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, på vilket sätt?
Medför funktionsnedsättningen att sökanden har behov av hjälp av annan person under en längre taxiresa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, på vilket sätt?
Har sökanden tagit del av utlåtandet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vi behandlar och skyddar din information i detta formulär enligt reglerna i Dataskyddsförordningen (GDPR). Läs mer om Uppsala kommuns hantering av personuppgifter och dina rättigheter som uppgiftslämnare på  [uppsala.se/gdpr](https://www.uppsala.se/gdpr).

**Underskrift**

Datum	Underskrift
-------	-------------