

VAR GOD TEXTA		Sökandens personnummer 19 151515-1515
1	Läkarens namn och arbetsplatsadress (klartext el. stämpel)	Namn Bengt Bengtsson
	Stockholms Rehabklinik 12345 STOCKHOLM	Adress Firmavägen 32 123 45 Upplands Täby
	Telefon 08-000 000	Sökandes telefon
Besöksdatum 2006-07-25		
Intyget baserat på: <input checked="" type="checkbox"/> Undersökning vid besöket <input checked="" type="checkbox"/> Journalanteckningar <input checked="" type="checkbox"/> 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	---	År
Knäled, höger sida	---	Vänster sida	---	År
Vrist och fot, höger sida	---	Vänster sida	---	År
Ländrygg	---		År	
Nacke	---		År	

HJÄRT OCH/ELLER LUNGSJUKDOMAR		Personnummer 19 151515-1515
8	Vilodyspné ----- <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input checked="" type="checkbox"/> Grav Ansträngningsdyspné <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input checked="" type="checkbox"/> Grav	Kommentar
		Ange NYHA 1-4: _____

ASTMA BRONKIALE / KOL		
9	Astmatyp: <input type="checkbox"/> Endogen <input type="checkbox"/> Exogen Ange om möjligt symtomframkallande allergen -----	Svårighetsgrad: <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna: ----- Antal ggr

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR		
10	Ataxi/Spasticitet ----- <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav Pares (ange kroppsdel): ----- <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Kommentar -----

YRSEL		
11	<input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Grav	Ange orsak och frekvens

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

BEDÖMNING AV SÄRSKILD KOLLEKTIVTRAFIK (FÄRDTJÄNST)		
13	Behov föreligger? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kan ej bedöma	Om behov föreligger enbart vintertid: <input type="checkbox"/> En vinter <input type="checkbox"/> Antal vintrar ___ <input type="checkbox"/> Vinter för all framtid
Ange funktionshindrets beräknade varaktighet: <input type="checkbox"/> Antal ___ mån <input type="checkbox"/> Antal ___ år <input checked="" type="checkbox"/> För all framtid		
Färd sätt: <input checked="" type="checkbox"/> Av färdtjänsten anvisat fordon <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bårburen resa		
Innebär sökandens funktionshinder att det är omöjligt att resa tillsammans med annan resenär? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, specificera varför: _____ Är sökanden i behov av ledsagare för att kunna resa med särskild kollektivtrafik (färdtjänst) ? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

XXXX
Läkarens underskrift

B2382-01L