

Utlåtandet kan utfärdas av läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast eller annan med specialistkompetens. Utlåtandet ska skickas hem till patienten.

Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)**Ange datum för undersökning, anteckningar, uppgifter etc**

<input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	Annat, ange vad

Diagnos(på svenska)

Huvuddiagnos och eventuella tilläggsdiagnoser

Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning utförligt utifrån den sökandes förmåga att förflytta sig och att färdas med allmänna kommunikationer

Funktionsnedsättningens förväntade varaktighet

Hur länge bedöms funktionsnedsättningen bestå? _____ månader.

Hjälpmedel vid förflyttning

Aldrig Ibland Alltid

Ange typ av hjälpmedel

Övriga noteringar

Bedömer du att den sökande klarar att resa med allmänna kommunikationer?

Ja Nej

Ställningstagandet motiveras.

Beskriv och motivera den sökandes särskilda behov i fordonet under resan**Övrigt****Underskrift**

Datum, titel och underskrift	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnr)
Eventuell specialistkompetens	Adress