

FÄRD TJÄNSTINTYG (läkarintyg)

1 Läkarens namn och arbetsplatsadress (klartext) eller stämpel SöderDoktorn Carina Widlund Wollmar Yxkullsgatan 25 118 50 STOCKHOLM 10601011P07		Sökandens personnummer 020115-5439
Läkarens telefonnr (även riktnr) 08-6166130		Namn AUGUSTO SILVEN, LARS PHILIP
Undersökningsdatum 2012-05-16		Adress GUSTAV III:S BOULEVARD 61 169 73 SOLNA
		Telefon (även riktnr)

DIAGNOSER

2 Huvuddiagnos (=den diagnos som huvudsakligen motiverar färdtjänstbehovet) Autism		Årtal Sjukdomsdebut:
Övriga diagnoser (helst med årtal för sjukdomsdebut)		
Har färdtjänstbehovet uppkommit genom olycksfall? ☐ Ja ☒ Nej		
Personlig kännedom ☒ Ja, sedan 2010 ☐ Nej Känd genom journalhandlingar ☐ Ja ☒ Nej		

UTLÅTANDE

Beskrivning av handikappets art och omfattning med hänsyn till möjligheten att använda kollektivtrafiken
(ange i förekommande fall genomgången och planerad behandling som kan påverka färdtjänstbehovet)

3 10-årig pojke som genomgått utredning 2007 och fått diagnos autism. Har kontakt med BUP, autismcenter, medicineras med Risperdal. Får raseriutbrott ibland och kan inte åka kommunalt med buss eller tunnelbana. Har alltid en vuxen med sig, kan inte lämnas en sekund utan att någon titta till honom.
Den sökandens egen uppgift om maximal gångsträcka på plant underlag utan vilopaus: _____ m
Antal meter _____
Kommentar _____

HJÄLPMEDEL UTOMHUS

4 Vid förflyttning använder sökande följande hjälpmedel Behöver stöd av en vuxen, ledsagare
--

SMÄRTA - VÄRK

5 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		
Ange graden av smärta och värk med hjälp av ovanstående kodsiffror	Ange ev röntgenverifiering	Kommentar
Kod Kod		
Höftled, höger sida vänster sida	☐ Nej ☐ Ja, År	
Knäled, höger sida vänster sida	☐ Nej ☐ Ja, År	
Vrist och fot, höger sida vänster sida	☐ Nej ☐ Ja, År	
Ländrygg	☐ Nej ☐ Ja, År	
Nacke	☐ Nej ☐ Ja, År	

ANGINA PECTORIS OCH /ELLER CLAUDICATIO INTERMITTENS

6 Maximal gångsträcka utan vilopaus på plan mark
Vid varm väderlek ☐ 0-100 m ☐ 100-200 m ☐ 200-500 m ☐ mer än 500 m
Vid kall eller blåsigt väderlek ☐ 0-100 m ☐ 100-200 m ☐ 200-500 m ☐ mer än 500 m

HJÄRTSVIKT (Ange följande uppgifter)

7 Cor-pulm Relativ Ultraljudsun-
röntgen år hjärtstorlek dersökning år
Behandlas med ACE- Nitro-
☐ Diuretika ☐ Digitalis ☐ hämmare ☐ preparat ☐ Annat
Ultraljud visar

HJÄRT- OCH/ELLER LUNGSJUKDOMAR

8 Vilodyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Ansträngningsdyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Ange funktionsgrupp (NYHA) 1 - 4: _____
Kommentar

ASTMA BRONKIALE

9 Astmatyp Ange om möjligt symtomframkallande allergen
☐ Endogen ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
☐ Exogen Pårgår kontinuerlig astmamedicinering
☐ Ja ☐ Nej
Ange ungefärligt antal vårdtillfällen Antal ggr Ange antal vårdtillfällen på vård- Antal ggr
på akutmottagning de senaste 12 månaderna: avdelning på sjukhus de senaste 12 månaderna

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR

10 Ataxi ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Spasticitet ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Pares (ange kroppsdel): ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Kommentar

YRSEL

11 ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Ange orsak och frekvens

ÖGONSJUKDOMAR (Om ögonsjukdomen är huvuddiagnos krävs specialistintyg)

12 Synskärpa ☐ Med korrektion ☐ Utan korr
Hö öga Vä öga
Har patienten ledsyn? ☐ Ja ☐ Nej
Vid synfältsinskränkningar ange ungefärlig utbredning Hö öga Vä öga
Synfältsinskränkning ☐ Ingen ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav
Kommentar

OBESITAS/BETYDANDE AVMAGRING/KAKEXI

13 Ange längd cm Ange vikt kg
Kommentar

BEDÖMNING AV SAMÅKNING

14 Färdtjänstens kunder kan normalt samordnas med en annan resenär. Om samordning av resan inte är möjlig ökar kostnaden för Färdtjänsten. Därför är det viktigt att noggrant styrka undantag för samåkning.
Sökandens handikapp gör det omöjligt att sitta i baksätet på en taxi ☒ Nej ☐ Ja
Om "Ja", specificera varför: _____
Sökandens handikapp gör det omöjligt att resa tillsammans med en annan passagerare ☒ Nej ☐ Ja
Om "Ja", specificera varför: _____

BEDÖMNING AV FÄRDTJÄNSTBEHOV OCH FÄRDSÄTT

15 Föreligger färdtjänstbehov? Om "Ja", ange färdtjänstbehovets varaktighet
☐ Nej ☐ Kan ej bedömas ☒ Ja ☐ mån ☐ ett år ☒ 2 år ☐ för all framtid
Vintertid: ☐ ett år ☒ två år ☐ för all framtid Färdsätt ☒ taxi ☐ färd-tjänstbuss ☐ liggande transport

Intyget sändes eller lämnas till
socialförvaltningen eller motsvarande
i den kommun sökande bor.

2012-05-16