

VAR GOD TEXTA

1	Läkarens namn och arbetsplatsadress (klartext el. stämpel)	Sökandens personnummer
	Jörgen Hellström (läk)	20 020115-5439
	Barn- och ungdomspsykiatri	Namn
	BUP - Solna	Augusto Silvén Lars Philip
	Råsundavägen 101	Adress
	169 57 Solna	Gustav III:s Boulevard 61
		169 73 Solna
	Telefon 08-514 525 50	Sökandes telefon
	Besöksdatum 140616	
	Intyget baserat på:	
	☒ Undersökning vid besöket ☐ Journalanteckningar ☐ Personlig kännedom sedan år 2012 __	

DIAGNOSER - FUNKTIONSFÖRMÅGA

2	Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst)
	Autistiskt syndrom
	Sjukdomsdebut år 2002
	Övriga diagnoser av betydelse för behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

Beskriv sökandens synliga/dolda funktionshinder

3	Lars är gravt handikappad i sin autism. Han har stora kommunikationssvårigheter samt ett oförutsägbart beteende.
---	--

Beskriv vilka svårigheter sökanden har att resa med allmän kollektivtrafik

4	Har svårt att hantera okända människor. Reagerar med stor stress och kan bli utagerande och skrika.
---	---

Betingelser under vilka sökanden kan klara resor med allmän kollektivtrafik

5	Inga (Åker nå enstaka gång med sin pappa)
---	---

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/rehabilitering

6	Har behandling via BUP och Habiliteringen samt träning i specialskola för handikappade barn.
---	--

SMÄRTA - VÄRK (Koder för gradering av smärta och värk):

7	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 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 LUNGSJUKDOMARPersonnummer
20 020115-5439

8

Vilodyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ GravAnsträngningsdyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Kommentar

Ange NYHA 1-4:

ASTMA BRONKIALE / KOL

9

Astatyp:

☐ Endogen ☐ Exogen

Ange om möjligt symtomframkallande allergen

Svårighetsgrad:

☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna:

Antal ggr

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR

10

Ataxi/Spasticitet ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ GravPares (ange kroppsdel): ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Kommentar

YRSEL

11

☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Ange orsak och frekvens

ÖGONSJUKDOMAR (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)

12

Synskärpa: ☐ Med korr ☐ Utan korrHöger öga ☐ Vänster öga ☐Har patienten ledsyn? ☐ Ja ☐ Nej

Synfälsinskränkning:

☐ Ingen ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ GravVid synfälsinskränkningar **ange ungefärlig** utbredning:

Höger öga

Vänster öga

BEDÖMNING AV SÄRSKILD KOLLEKTIVTRAFIK (FÄRDTJÄNST)

13

Behov föreligger?

☒ Ja ☐ Nej ☐ Kan ej bedöma

Om behov föreligger enbart vintertid:

☐ En vinter ☐ Antal vintrar ☐ Vinter för all framtidAnge funktionshindrets beräknade **varaktighet**:☐ Antal mån ☐ Antal år ☒ För all framtid

Färdssätt:

☒ Av färdtjänsten anvisat fordon ☐ Specialfordon ☐ Bårburen resaInnebär sökandens funktionshinder att det är **omöjligt att resa tillsammans** med annan resenär?☐ Ja ☒ Nej

Om ja, specificera varför:

Är sökanden i behov av **ledsagare** för att kunna resa med **särskild kollektivtrafik (färdtjänst)**?☒ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv ledsagarens uppgift

Ofullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering

2014-06-17

Datum

Läkarens underskrift