

Utlåtandet kan utfärdas av läkare, arbetsterapeut,  
sjukgymnast eller annan med specialistkompetens

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	Datum	<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning	Datum
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar		<input type="checkbox"/> Personlig känndom sedan	År
<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