

Vid demenssjukdom

Diagnos	Har utredning genomförts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja ovan, vad visar utredning?	

Varaktighet

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet: <input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år <input type="checkbox"/> Mer än 1 år <input type="checkbox"/> Varaktigt
--

Behandling och rehabilitering

Pågår någon form av behandling eller rehabilitering: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja ovan, beskriv pågående behandling:

Allmänna kommunikationer

Bedöms den sökande kunna resa med allmänna kommunikationer? <input type="checkbox"/> Ja, på egen hand <input type="checkbox"/> Ja, med stöd av annan <input type="checkbox"/> Nej
Om Nej ovan, beskriv orsaken:

Hjälp i samband med resa

Behöver den sökande på grund av funktionsnedsättning hjälp samband med resa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja ovan, vilken typ av hjälp? <input type="checkbox"/> Till och från bilen <input type="checkbox"/> Hjälp att kliva i och ur bilen <input type="checkbox"/> Sitta i rullstol vid resa <input type="checkbox"/> Hjälp under resan (dvs i själva bilen)
Om den sökande är i behov av hjälp under resan, beskriv på vilket sätt:

Underskrift

Underskrift leg läkare	Namnförtydligande
Vårdinrättning/klinik (namn och utdelningsadress)	
Datum för utfärdande (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Telefon (även riktnr)

Underskrift sökande

Den sökande har tagit del av innehållet i detta utlåtande.

Ort datum

Namnteckning