



LÄÄKÄRINTODISTUS KULJETUSPALVELUN TARPEESTA

(vammapalvelulaki / vaikeavammainen)

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

TÄYTTÖOHJE LÄÄKÄRILLE

HAITTALUOKKA

1. Lievä toiminnanvajaus.
2. Keskivaikea toiminnanvajaus.
3. Vaikea toiminnanvajaus.
4. Erittäin vaikea toiminnanvajaus.

LIIKUNTAKYKY tarkoittaa tässä yhteydessä vamman tai sairauden vaikutusta hakijan kykyyn käyttää julkisia liikennevälineitä.

1. Ei haittaa merkittävästi julkisten liikennevälineiden käyttöä.
2. Haittaa jonkin verran, mutta ei yksistään ole este niiden käytölle.
3. Haittaa ajoittain kohtuuttomasti, esimerkkeinä vaikeat sää- ja keliolosuhteet, sairauden tilan suuret vaihtelut.
4. Ei kykene käyttämään julkisia liikennevälineitä.

HAKIJAN VAMMAT / SAIRAUDET

Diagnoosi **AINA SUOMEKSI** ja tarvittaessa myös latinaksi tärkeysjärjestyksessä kuljetustuen tarvetta ajatellen. Laita rasti (x) sopivimman haittaluokan ja liikuntakyvyn numeron alle sekä jäljempänä vaihtoehtoista ei tai on – kohtiin. Pelkät diagnoosit harvoin kertovat päätöksen perusteen eli syyn miksi kuljetustuen hakija ei kykene käyttämään julkisia liikennevälineitä. Erilaisista objektiivisista mittaus-tuloksista voi olla ratkaisevasti apua. Toiminnallinen kuvaus on yhteenveto, johon on syytä paneutua huolellisesti jottei lisäkyselyjä tarvita. Lääkärin käsitys kuljetustuen tarpeesta on henkilökohtainen mielipide, joka ei kuitenkaan sido päätöksentekijää.

VAMMAT / SAIRAUDET – SUOMEKSI:

HAITTALUOKKA LIIKUNTAKYKY

	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOIMINNALLINEN KUVAUS

Onko haitta pitkäaikainen (yli vuoden kestävä)?

on

ei

Miten ja paljonko vamma tai sairaus haittaa yleisten liikennevälineiden käyttöä?

**OBJEKTIIIVISIA HAVAINTOJA JA TIETOJA HAKIJAN
LIIKUNTAKYVYYSTÄ:**

Onko hakijalla käytössä

- | | ON | EI |
|------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Pyörätuoli | 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rollaattori | 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kyynärsauvat | 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Keppi / kepit | 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Onko hakija heikkonäköinen: (v.o.dx = _____ v.o.sin = _____)

Onko heikkonäköisyys

- | | ON | EI |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 5. haitaksi yleisten liikennevälineiden käytölle | 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. hakija on sokea | 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Suorituskyky

- | | ON | EI |
|--|------------------------------|--------------------------|
| 7. Onko hakijalla hengenahdistusta sisällä liikkuessa, | 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. selviä vaikeuksia pukeutumisessa | 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. tai tutkimuspöydälle nousussa | 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hakija käy vastaanotolla saattajan kanssa | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Onko hakijalla sv-lain mukainen pysyvä oikeus
käyttää taksia, invataksia tai sairaautoa | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Onko hakija kotipalvelun asiakas | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Onko hakija kotisairaanhoidon asiakas | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Muu, mikä | 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ONKO HAKIJA VAIKEAVAMMAINEN:KYLLÄ EI **MUITA HUOMATUKSIA TAI SELVENNYKSIÄ :****HOITOSUHDE:**Lääkäri tuntee hakijan
henkilökohtaisesti vuodesta _____ ja / tai asiakirjojen perusteella vuodesta _____

Hakija käy vastaanotolla vuodessa noin _____ kertaa

Lääkäri käy yleensä kotikäynnillä hakijan luona vuodessa _____ kertaa

LÄÄKÄRIN KÄSITYS KULJETUSPALVELUN TARPEESTA:

Vammaisuuden / sairauden perusteella on tarpeen

- | | ON | EI |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. taksi | 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. invataksi | 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. saattaja | 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LÄÄKÄRIN YHTEYSTIEDOT JA ALLEKIRJOITUS:

Toimipaikka, osoite ja puhelinnumero _____

Päiväys _____ allekirjoitus _____

nimenselvennys _____

