

Remiss

För utredning av behov av bilanpassning

Till:

Mobilitetscenter i Göteborg
FO Petersons gata 24, plan 3
421 31 Västra Frölunda**Remissen avser:**

Personnummer:

Namn:

Adress:

Telefon:

Telefon närstående:

Samtycke lämnas för kontakt med SMS:

Patient

Närstående

Remittent:

Namn:

Klinik:

Postadress:

Telefon:

(Gärna direktnummer)

Underskrift:

Anpassning är aktuell för brukare som:

Förare

Passagerare

Frågeställning avser behov av anpassning:

För att köra

Sittande i bil

Förflyttning till och från bil

1. Diagnos(er) och anamnes.*Beskriv symptom - funktionsnedsättningar som har betydelse för bilkörning/färd i bil:*

2. Om föraranpassning är aktuell - är medicinska krav för körkort uppfyllda avseende:

Syn (visus, synfält mm)	Ja	Nej
Kognition	Ja	Nej

3. Finns andra medicinska tillstånd som kan påverka trafiksäkerheten?**4. Övriga uppgifter eller kommentarer:****5. Behov av tolk:**

Vid utredningen på Mobilitetscenter är det viktigt att förstå instruktioner för att kunna genomföra utredningen så bra som möjligt. Det kan därför vara bra att använda professionell tolk vid besöket – även om det inte behövs till vardags.

Ja Nej Språk:

För information om:

Medicinska krav för körkortsinnehav se:

https://www.transportstyrelsen.se/TSFS/TSFS%202010_125k.pdf

Säker färd i bil för barn med funktionsnedsättning

www.akasakert.se