mobilitetscenter

Datum:
Personnummer:

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

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

mobilitetscenter

Datum:
Personnummer:

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:

Skriv ut

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

Mobilitetscenter
www.mobilitetscenter.se
Tel 031-22 05 90