



## TERVEYDENHUOLTOHENKILÖN LAUSUNTO KULJETUSPALVELUN HAKEMISTA VARTEN

(Lomakkeen voi täyttää esim. terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, lääkäri)

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja postitoimipaikka

### Täytä kaikki kohdat huolellisesti

**Yleiskuvaus hakijan liikuntakyvystä ja selviytymisestä julkisissa kulkuvälineissä tai matalalattiabussissa (ehdottomasti täytettävä)**

**Onko hakijalla säännöllisesti käytössä liikkumisen apuväline, mikä?**

**Kuinka pitkän matkan hakija pystyy todennetusti kävelemään:**

### Liikuntakykyyn oleellisesti vaikuttavat diagnoosit:

Potilaalla on pitkäaikainen vamma tai sairaus, joka vaikeuttaa liikuntakykyä yli 1 v  
\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_ ei

Diagnoosit (suomeksi), lääkärin määrittelemä.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

### Liikuntavamman haitta-aste:

- ei ole**  
 **lievä**

Liikkuminen epätasaisella lievästi vaikeutunut

- vaikea**

Voi liikkua vain apuvälineeseen tai tukeen raskaasti nojaten lyhyitä matkoja kerrallaan

- keskivaikea**

Jatkuva kävely vaikeaa tai hidasta, kävely mahdollista apuvälineiden avulla ja/tai kumartuminen ja kääntyminen huomattavasti vaikeutuneet

- erittäin vaikea**

Alaraajat toimintakyvyttömät, joutuu käyttämään pyörätuolia

**Invataksin tarve**

Vamman tai sairauden takia invataksin käyttö ehdottoman välttämätöntä kyllä  ei

**Keuhko- tai verenkiertoelinten sairaus:**

Arvio perustuu diagnoosiin. Katso luokittelu ja merkitse luokat viivalle.

- |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ei ole</b><br>Ei hengenahdistusta, mutta voi olla vähäistä hengästymistä kiirehtiessä tai ylämäki- tai rappukävelyssä.        | <input type="checkbox"/> <b>vaikea</b><br>Hengenahdistusta tai puristavaa rintakipua tasamaalla normaalia vauhtia kävellessä.           |
| <input type="checkbox"/> <b>lievä</b><br>Hengenahdistusta tai puristavaa rintakipua raskaimmissa ponnistuksissa.                                          | <input type="checkbox"/> <b>erittäin vaikea</b><br>Hengen ahdistusta tai puristavaa rintakipua aina liikkeussa tai ajoittain levossakin |
| <input type="checkbox"/> <b>keskivaikea</b><br>Hengenahdistusta kiirehtiessä tai ylämäki- tai rappukävelyssä. Ei tasamaalla normaalia vauhtia kävellessä. |                                                                                                                                         |

**Näkövamman aste, molempien silmien yhteisnäkö, jos hakemus näkövamman takia.**

- |                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ei ole</b> $\geq 0,7$                                 | <input type="checkbox"/> <b>vaikea</b> , 0,1-0,3                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>lievä</b> näöntarkkuus taittovirhe korjattuna 0,5-0,7 | <input type="checkbox"/> <b>erittäin vaikea</b> $\leq 0,1$ sokeus                  |
| <input type="checkbox"/> <b>keskivaikea</b> 0,3-0,5                               | <input type="checkbox"/> <b>ei tiedossa</b>                                        |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>muu</b> , mikä esim. putkinäkö, näkökentän rajallisuus |

**Muu sairaus, joka estää tai vaikeuttaa liikkumista yleisillä kulkuneuvoilla, esim. psyykinen sairaus tai muistisairaus.**

Terveydenhuollon asiantuntijan lausunto liitteenä.

**Päiväys ja laatijan allekirjoitus:**

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_

Allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

ammattinimike

\_\_\_\_\_

toimipaikka

\_\_\_\_\_

puhelinnumero

\_\_\_\_\_