

**HAKIJAN HENKILÖTIEDOT**

Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero	Postitoimipaikka

**SAIRAUDEN TAI VAMMAN MÄÄRITTELY**

Onko vamma tai sairaus pitkäaikainen (vähintään yli vuoden kestävä) ja mikä heikentää liikuntakykyä?				
<input type="checkbox"/> EI				
<input type="checkbox"/> KYLLÄ, mistä alkaen?				
Onko suunnitteilla leikkaus tai muu lääketieteellinen toimenpide/lääkitys, jolla voidaan olettaa hakijan tilanteen muuttuvan paremmaksi?				
<input type="checkbox"/> EI				
<input type="checkbox"/> KYLLÄ, mikä ja milloin?				
VAMMAT/SAIRAUDET, JOTKA VAIKEUTTAVAT LIIKUNTAKYKYÄ (suomeksi ja jokainen sairaus omalle riville)	LIIKUNTAKYKY			
	1	2	3	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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Ei häiritse merkittävästi julkisten liikennevälineiden käyttöä
2. Häiritse jonkin verran, mutta ei yksistään ole este niiden käytölle
3. Häiritse ajoittain kohtuuttomasti, esim. vaikeat sää- ja keliolosuhteet, sairauden tilan suuret vaihtelut
4. Ei kykene käyttämään julkisia liikennevälineitä liikuntakykyä huonontavan toimintakyvyn alenemisen vuoksi

**ALARAAJOJEN, SELÄN TAI SELKÄYTIMEN VAMMA**

<input type="checkbox"/> EI OLE
<input type="checkbox"/> LIEVÄ TOIMINNANVAJAUS; Kävely lievästi ontuvaa, lähes häiriötöntä. Liikkuminen epätasaisella alustalla lievästi rajoittunut, apuvälineen tarve ajoittaista
<input type="checkbox"/> KESKIASTEINEN TOIMINNANVAJAUS; Ontumista, jatkuva kävely vaikeaa ja hidasta, apuväline tarpeen lyhyilläkin matkoilla
<input type="checkbox"/> VAIKEA TOIMINNANVAJAUS; Liikkuminen on mahdollista vain apuvälineeseen raskaasti nojaten ja lyhyitä matkoja kerrallaan, vaikeat liikerajoitukset useissa nivelissä
<input type="checkbox"/> ERITTÄIN VAIKEA TOIMINNANVAJAUS; Alaraajat käyttökeltottomat, käytettävä pyörätuolia tai muuta liikkumisen apuvälinettä

**KEUHKO- TAI VERENKIERTOELINTEN SAIRAUUS**

<input type="checkbox"/> EI OLE; Ei hengenahdistusta, mahdollisesti hengästymistä kiirehtiessä tai ylämäki – tai rappukäytävässä
<input type="checkbox"/> LIEVÄ TOIMINNANVAJAUS; Hengenahdistusta esiintyy vain kaikkein raskaimmissa ponnisteluissa, ei kuitenkaan esim. ylämäkeä kävellessä
<input type="checkbox"/> KESKIASTEINEN TOIMINNANVAJAUS; Hengenahdistusta esiintyy keskiraskaissa ponnisteluissa, kuten kiirehtiessä, pitempään ponnisteltaessa ja portaita noustessa, mutta ei tasamaalla normaalia vauhtia kävellessä eikä tavallisissa kotiaskareissa
<input type="checkbox"/> VAIKEA TOIMINNANVAJAUS; Hengenahdistusta esiintyy jo kevyessä rasituksessa, kuten tasamaalla normaalissa kävelyvauhdissa, portaita noustessa ja tavallisissa kotiaskareissa. Normaalista hitaampi kävelyvauhti on tasamaalla mahdollinen
<input type="checkbox"/> ERITTÄIN VAIKEA TOIMINNANVAJAUS; Hengenahdistusta esiintyy jo vähäisessäkin liikkumisessa, kuten peseytymisessä, pukeutuessa ja ajoittain levossa ollessa

**NÄKÖVAMMA; ARVIOIDAAN PAREMMAM SILMÄN NÄKÖKYKYÄ**

<input type="checkbox"/> EI OLE
<input type="checkbox"/> LIEVÄ, näöntarkkuus taittovirhe korjattuna $0,5 \leq 0,7$
<input type="checkbox"/> KESKIASTEINEN $0,3 \geq 0,5$
<input type="checkbox"/> VAIKEA $0,1 \leq 0,3$
<input type="checkbox"/> ERITTÄIN VAIKEA $\leq 0,1$ sokeus, putkinäkö
Miten näkövamma vaikeuttaa liikunta/toimintakykyä?

LISÄTIETOJA:

**HAKIJAN KÄYTTÄMÄT APUVÄLINEET**

Käyttääkö hakija apuvälineitä
<input type="checkbox"/> EI
<input type="checkbox"/> KYLLÄ, mitä apuvälineitä?

Päivämäärä	Lääkärin allekirjoitus ja nimen selvennys
Toimipaikka ja yhteystiedot	

**Vammaispalvelu- tai sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua hakevan asiakkaan tulee liittää hakemukseensa tämä lääkärintlausunto.**

Lääkärintlausunto on asian selvittämisen osalta yksi osatekijä asiakkaan tilanteen kokonaisarvioinnissa kuljetuspalvelun suhteen. Lausunnosta tulee ilmetä potilaan sairaudet/vammat ja niiden vaikutus hänen liikkumiseensa ja mahdollisuuksiinsa käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä.

Lausunnosta olisi ilmentävä, onko potilaan tilanteen helpottamiseksi jotakin tehtävissä tai onko jo tehty (esim. leikkaus, lääkitys) ja toimenpiteiden oletettava tai saavutettu vaikutus.

Lausunnon tarkoituksena on saada lääketieteellisistä seikoista asiantuntijan kannanotto.

Mikäli potilaan toimintakykyä kuljetuspalvelutarpeen osalta on vaikea tai mahdotonta arvioida vastaanotolla, kliinisen tutkimuksen yhteydessä tai käytettävissä olevien tietojen perusteella, se on lausunnossa ilmoitettava kohdassa lisätietoja.

Hakijan suostumuksella lääkärintlausunto voidaan lähettää suoraan:

Tuusniemen kunta, Vammaispalvelut, Keskitie 22, 71200 Tuusniemi