



Legeerklæring - vedlegg til søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Opplysninger om pasienten	
Privatperson	
Fornavn	Etternavn
Fødselsnummer	
Adresse	
Postnr/sted	
Dersom pasienten er fører av bil, må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førerkort (jf. Helsedirektoratets forskrift av 13. juli 1984)	
Er dette vurdert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Det er pasientens manglende evne til å ta seg fram og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlaget for vurdering av om pasienten bør få utsendt parkeringstillatelse. Søker må selv gjøre rede for forhold som medfører særlig behov for parkeringslettelse.

Bakgrunn for søknad om forflytningshemming				
Årsak til forflytningshemming (Vi ber deg om å forklare eventuelle faguttrykk på norsk)				
Rullestol	<input type="checkbox"/> Daglig	<input type="checkbox"/> Ukentlig	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Aldri
Rullator	<input type="checkbox"/> Daglig	<input type="checkbox"/> Ukentlig	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Aldri
Krykker	<input type="checkbox"/> Daglig	<input type="checkbox"/> Ukentlig	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Aldri
Stokk	<input type="checkbox"/> Daglig	<input type="checkbox"/> Ukentlig	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Aldri

Annet	
Pasientens gangdistanse (i meter) uten hjelpemidler på en vanlig dag:	
Pasientens gangdistanse (i meter) med hjelpemidler på en vanlig dag:	
I hvilken grad vil den generelle tilstand forverres ved stadig å gå denne distansen?	
Trenger pasienten ledsager/støtte (Må fylles ut dersom pasienten ikke kjører bil selv): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Trenger pasienten konstant tilsyn (Må fylles ut dersom pasienten ikke kjører bil selv): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, beskriv hvorfor pasienten trenger konstant tilsyn?	
Hva er det som gjør at pasienten ikke kan benytte ordinære parkeringsplasser?	
Prognose mht. pasientens forflytningshemming:	
Oppgi eventuelle andre forhold som kan ha betydning for søknaden (F.eks. om forskjeller i gangdistanse på forskjellige årstider, om pasienten har stor variasjon i gangevne på "gode" og "dårlige" dager, om pasienten ofte er til kontroll/behandling)	
Signatur	
Sted	dato
Legens underskrift og stempel	