# Legeerklæring - vedlegg til søknad om parkeringsløyve for forflytningshemma

| **Opplysningar om pasienten** | | |
|---|---|---|
| Etternamn: | Førenamn: | Fødselsnr.: (11 siffer): |
| Adresse: | Postnummer og -stad: | Adresse: |

Dersom pasienten er førar av bil må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førarkort (jf. Helsedirektoratets forskrift av 13. juli 1984). Er dette vurdert: Ja ☐ Nei ☐

Det er pasienten si manglande evne til å ta seg fram og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlaget for pasienten sin rett til parkeringsløyve. Legeerklæringa er ikkje einaste grunnlaget for vurdering av om pasienten bør få utstedt parkeringsløyve. Søkjar må sjølv greie ut om forhold som medfører særleg behov for parkeringsløyve.

| **Bakgrunn for søknad om parkeringsløyve for forflytningshemma** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Årsak til forflytningshemminga (Vi ber deg om å forklare eventuelle faguttrykk på norsk): | | | | |
| Brukar pasienten nokre av følgjande hjelpemidlar?<br>Anna: | ☐ Rullestol<br>☐ Rullator<br>☐ Krykker<br>☐ Stokk | ☐ Dagleg<br>☐ Dagleg<br>☐ Dagleg<br>☐ Dagleg | ☐ Kvar veke<br>☐ Kvar veke<br>☐ Kvar veke<br>☐ Kvar veke | ☐ Av og til<br>☐ Av og til<br>☐ Av og til<br>☐ Av og til |
| Pasienten sin gangdistanse utan hjelpemiddel på ein vanleg dag:_____meter | Pasienten sin gangdistanse med hjelpemiddel på ein vanleg dag:_____meter | | | |
| I kva grad vil den generelle tilstand bli forverra ved stadig å gå denne distansen? | | | | |
| Treng pasienten: (Må fyllast ut dersom pasienten ikkje kjører bil sjølv)<br>Følgje/ støtte? Ja ☐ Nei ☐<br>Konstant tilsyn? Ja ☐ Nei ☐ Viss ja, beskriv kvifor? | | | | |
| Kva er det som gjer at pasienten ikkje kan nytte ordinære parkeringsplassar? | | | | |
| Prognose mtp. pasienten si forflytningshemming: | | | | |
| Oppgi eventuelle andre forhold som kan ha betydning for søknaden. (For eksempel om forskjell i gangdistanse ved ulike årstider, om pasienten har stor variasjon i gangevne på «gode» og «dårlege» dagar, om pasienten ofte er til kontroll/behandling). | | | | |

| **Legen si underskrift** | |
|---|---|
| Stad, dato: | Legen sitt stempel (namn, adresse og telefonnummer): |
| Legen si underskrift: | |

Utfylt skjema skal sendast til: Fedje kommune, stormarkvegen 49, 5947 Fedje