



Legg ved bilde og legeerklæring (eget skjema)

Legeerklæring – vedlegg til søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Flå kommune

Sentrumsvegen 24

3539 FLÅ

Opplysninger om pasienten		
Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnr.:
Adresse (vei/gate):		Postnummer og -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 : Ja Nei

Det er pasientens manglende evne til å ta seg frem og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlag for pasientens rett til parkeringstillatelse. Legeerklæringen er ikke eneste grunnlaget for vurdering av om pasienten bør få utstedt 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):		
Bruker pasienten noen av følgende hjelpemidler? Annet:	<input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Krykker <input type="checkbox"/> Stokk	Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/>
Pasientens gangdistanse uten hjelpemiddel på en vanlig dag; _____meter	Pasientens gangdistanse med hjelpemiddel på en vanlig dag; _____meter	
Har opplysninger om gangdistanse kommet fra pasienten selv?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan pasienten ta pauser/hvile og så gjenoppta gangdistanse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Dersom pasienten har forskjeller i gangdistanse til ulike årstider og/eller stor variasjon i gangevne på "gode" og "dårlige" dager, ber vi om at dette presiseres samt at gangdistanse på de forskjellige årstider/dager oppgis. Dersom pasienten hyppig er til kontroll/behandling ber vi om at dette opplyses (antall ganger per uke eller måned).		
Trenger pasienten: Ledsager/ støtte? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> (Må fylles ut dersom pasienten ikke kjører bil selv) Konstant tilsyn? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> (Hvis ja, beskriv hvorfor pasienten ikke kan sitte og vente alene på f.eks. venteværelse mens sjåføren flytter bilen.)		

Hva er det som gjør at pasienten ikke kan benytte ordinære parkeringsplasser? / Eventuelt andre forhold som kan ha betydning for søknaden.
Prognose mht. pasientens forflytningshemming:

Legens underskrift	
Sted, dato:	Legens stempel (navn, adresse og telefonnummer):
Legens underskrift:	