



Legeerklæring

Vedlegg til søknad om parkeringstillatelse for flytningshemmede i Indre Østfold kommune

Opplysninger om pasienten

| | | |
|-----------|--------------------|--|
| Etternavn | Fornavn | Fødselsnummer (11 siffer): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Adresse | Postnummer og sted | |

Dersom pasienten er fører av bil, må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førerkort (jf. Helse- og sosialdepartementets 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 parkeringstillatelse.

Bakgrunn for søknad om forflytningshemming

| | |
|--|---|
| Årsak til forflytningshemming | |
| Bruker pasienten noen av følgende hjelpemidler? | <input type="checkbox"/> Rullestolbruker <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Krykker <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Stokk <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Av og til |
| Pasientens gangdistanse uten hjelpemiddel på en vanlig dag _____ meter | Pasientens gangdistanse med hjelpemiddel på en vanlig dag _____ meter |
| I hvilken grad vil den generelle tilstand forverres ved stadig å gå denne distansen? | |
| Trenger pasienten: (må fylles ut dersom pasienten ikke kjører bil selv) Ledsager/støtte? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Konstant tilsyn? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, beskriv hvorfor: | |
| Hva er det som gjør at pasienten ikke kan benytte ordinære parkeringsplasser? | |
| Dersom pasienten ikke kan kjøre bil selv, beskriv behovet for hjelp utenfor motorvognen. (F.eks. kan pasienten ivareta seg selv hvis pasienten slippes av ved bestemmelsesstedet, følges inn og forlates mens fører av bilen parkerer?) | |
| 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). | |
| Er dette legens eller pasientens uttalelser? | |

Sted, dato: _____

Legens stempel og underskrift: _____

Erklæringen sendes til Indre Østfold kommune, postboks 34, 1861 Trøgstad.