



Legeerklæring – vedlegg til søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Opplysninger om pasienten		
Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:		Postnummer og sted:

Dersom pasienten er **fører** av bil, må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førerkort (jf. FOR-2022-03-04-325)

Er dette vurdert: Ja Nei

Legeerklæringen danner grunnlaget for dokumentasjon av søkerens forflytningsevne. Det er legen som skal foreta den medisinske vurdering av søkerens forflytningsevne.

Søkeren må selv gjøre rede for sitt parkeringsbehov på steder der søkeren har særlig behov for parkeringslette.

Legens vurdering av pasientens forflytningsevne																					
Hva er diagnosen eller årsaken til pasientens forflytningshemming? Forklar hvordan og i hvilken grad den medisinske vurderingen påvirker pasientens reelle forflytningsevne.																					
Bruker pasienten noen av følgende hjelpemidler?																					
Annet?	<table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Rullestol</td><td>Daglig <input type="checkbox"/></td><td>Ukentlig <input type="checkbox"/></td><td>Av og til <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Rullator</td><td>Daglig <input type="checkbox"/></td><td>Ukentlig <input type="checkbox"/></td><td>Av og til <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Krykker</td><td>Daglig <input type="checkbox"/></td><td>Ukentlig <input type="checkbox"/></td><td>Av og til <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Stokk</td><td>Daglig <input type="checkbox"/></td><td>Ukentlig <input type="checkbox"/></td><td>Av og til <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/>	Rullestol	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rullator	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krykker	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stokk	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rullestol	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	Rullator	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	Krykker	Daglig <input type="checkbox"/>	Ukentlig <input type="checkbox"/>	Av og til <input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	Stokk	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																				
Vil det å gå den oppgitte distansen påvirke <input type="checkbox"/> diagnosetilstanden <input type="checkbox"/> forflytningsevnen? Hvis ja, forklar:																					
Dersom pasienten ikke kjører bil selv: Kan pasienten forlates uten tilsyn for en kortere periode utenfor motorvognen (f.eks. dersom pasienten slippes av ved bestemmelsesstedet, følges inn og forlates mens fører av bilen parkerer)? Trenger pasienten ledsager/støtte – og i hvilken grad? Hvem er det som evt. ledsager pasienten?																					

Beskriv hvorfor pasienten ikke kan benytte ordinære parkeringsplasser. Hvilken lette vil parkering nær bestemmelsesstedet medføre for pasienten?

Prognose for forflytningshemmingens varighet:

Eventuelle andre forhold som kan ha betydning (f eks som forskjeller i gangdistanse til ulike årstider, om pasienten har stor variasjon på gangdistanse på «gode» og «dårlige» dager, om pasienten ofte er til kontroll/behandling)

Legens underskrift og bekreftelse av at legen har foretatt en egen vurdering av pasientens forflytningsevne

Sted, dato:

Legens stempel (navn, adresse og telefonnr, blokkbokstaver):

Legens underskrift:

Jeg bekrefter at jeg har foretatt en egen vurdering av pasientens forflytningsevne: JA (kryss av)