**Legeerklæring – vedlegg til søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opplysninger om pasienten** | | | |
| Etternavn: | Fornavn: | | Fødselsnummer.: |
| Adresse *(vei/gate)*: | | Postnummer og -sted: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersom pasienten **er fører** av bil, må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førerkort (jf. forskrift av 13. juli 1984 nr.1467 § 2). Er dette vurdert: Ja  Nei   Legeerklæringen danner grunnlaget for dokumentasjon av søkerens forflytningsevne. Det er viktig at legen foretar en egen medisinsk vurdering av dette. Pasientens beskrivelse av egen forflytningsevne gjengis i søknaden, og skal ikke gjengis i legeerklæringen. Søker skal også i søknaden selv gjøre rede for sitt parkeringsbehov på steder der søkeren har særlig behov for parkeringslette. Dette skal derfor ikke nevnes i legeerklæringen, men legen kan bekrefte hyppighet for legebesøk. | | | | |
| **Legens vurdering av pasientens forflytningsevne** | | | | |
| Årsak til forflytningshemmingen: | | | | |
| Bruker pasienten noen av følgende hjelpemidler?  Annet: | Rullestol  Rullator  Krykker  Stokk | | | Daglig  Ukentlig  Av og til   Daglig  Ukentlig  Av og til   Daglig  Ukentlig  Av og til   Daglig  Ukentlig  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 pasientens tilstand forverres ved stadig å gå denne distansen? | | | | |
| Forklar hvilken lette parkering nært bestemmelsesstedet vil medføre for pasienten og hva er det som gjør at pasienten ikke kan benytte ordinære parkeringsplasser? | | | | |
| Har pasienten stabil forflytningsevne eller varierer denne fra dag til dag? Hvor sterkt varierer forflytningsevnen i tilfellet? Ved gode og dårlige dager: hva er omtrentlig fordeling på gode og dårlige dager? Hvis mulig: angi gangdistanse på en god og en dårlig dag. | | | | |
| Er det sannsynlig at forflytningsevnen bedres eller forverres? Prognose for forflytningshemmingens varighet: | | | | |
| Eventuelle andre forhold som kan ha betydning for søknaden. (f.eks. behov for tilsyn om pasienten er passasjer i bil, om pasienten ofte er til medisinsk kontroll/behandling.) | | | | |
| **Legens underskrift og bekreftelse av at legen har foretatt en egen vurdering av pasientens forflytningsevne** | | | | |
| Sted, dato: | | Legens navn, adresse og telefonnummer (blokkbokstaver): | | |
| Legens underskrift: | |
| Jeg bekrefter at jeg har foretatt en egen vurdering av pasientens forflytningsevne: kryss av  Hvordan er forflytningsevnen vurdert? (gangtest el.l.?): | | | | |