

# 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. Helsedirektoratets forskrift av 13. juli 1984). Er dette vurdert: Ja  Nei

**Legeerklæringen** danner grunnlaget for dokumentasjon av søkerens forflytningsevne. Det er viktig at legen foretar en egen medisinsk vurdering av søkerens forflytningsevne. Det er søkerens oppgave å gjøre rede for sitt parkeringsbehov på steder der søkeren har særlig behov for parkeringslette. Dette skal derfor ikke nevnes i legeerklæringen.

## 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. Vi ber om at faguttrykk redegjøres for på norsk.

|   |                                    |                                 |                                   |                                    |
|---|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Bruker pasienten noen av følgende hjelpemidler?<br>Annet: | <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 <b>uten</b> hjelpemiddel på en vanlig dag;<br>_____ meter | Pasientens gangdistanse <b>med</b> hjelpemiddel på en vanlig dag;<br>_____ meter |
|---|--|

Vil det å gå oppgitte distanse ha betydning for  diagnositilstanden  forflytningsevnen? Hvis ja, forklar hvordan og i hvilken grad.

Dersom pasienten ikke kjører bil selv, beskriv behovet for regelmessig hjelp utenfor motorvognen. (For eksempel kan pasienten ivareta seg selv hvis vedkommende 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?

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

Prognose for forflytningshemmingens varighet:

Eventuelle andre forhold som kan ha betydning. (For eksempel som forskjeller i gangdistanse til ulike årstider, om pasienten har stor variasjon i 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 telefonnummer, blokkbokstaver): |
| Legens underskrift: |  |

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