|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEGEERKLÆRING**  Vedlegg til søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede jfr. Samferdselsdepartementets forskrift 15.mars 1994 nr. 222 om parkering for forflytningshemmede, endret 31.mai 1996 og 17. november 1999. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Pasientens navn:...........................................................……… | | | | | Født:.................................. | |
|  | | | | | | |
| Adresse:........................................................................................................................................ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Postnr.:.................................... | | Poststed:..................................................................................... | | | | |
|  | | | | | | |
| Det er pasientens manglende evne til å ta seg fram og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlag for pasientens rett til parkeringstillatelse. Først og fremst er det spørsmål om lidelser i underekstremitetene, men lunge-, hjerte- og nevrotiske lidelser m.m. kan og være avgjørende for tillatelsen. Problemer med å bære er ikke en omstendighet som i seg selv er grunnlag for parkeringstillatelse. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Dersom pasienten er fører av bil, må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førerkort (jfr. Helsedirektoratets forskrift av 13. juli 1984)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Legeerklæringen er ikke det eneste grunnlag for vurderingen av om pasienten bør få utstedt parkeringstillatelse. Pasienten må selv i egen søknad også gjøre rede for forhold som medfører særlig behov for parkeringslettelse. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 1. Årsak til forflytningshemming (på norsk):……………………………………………… | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ...................................................................................................................................................... | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 2. Hvorfor kan pasienten sies å ha behov for parkeringslettelse som følge av forflytningshemmingen: …………. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ...................................................................................................................................................... | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3. Bruker pasienten: | Rullestol:............ | | Krykker:............ | Stokk:................ | |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 4. Pasientens gangdistanse: | | Uten hjelpemiddel.................meter | | Med hjelpemiddel..................meter | | |
|  | | | | | | |
| 5. I hvilken grad vil den generelle tilstand forverres ved stadig å gå denne distansen:.......................................... | | | | | | |
|  | | | | | | |
| .................................................................................................................................................... | | | | | | |
| 6. Eventuelle andre forhold  (f.eks. behov for tilsyn til enhver tid i forbindelse med at søkeren er passasjer i bil, bilfører uten hender): | | | | | | |
| ..........................................................................................................................................…….. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ..................................................................................................................................................... | | | | | | |
| 7. Prognose mht. forhold som er årsak til forflytningshemming:…………………………………………………………………….……. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Sted, dato…………………………………….. | | | Legens underskrift/stempel………………… | | | |