

## Legeerklæring ved søknad om parkeringskort for rørslehemma

|                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| <b>Pasienten sitt etter-/fornamn:</b> |                           |
| <b>Adresse:</b>                       | <b>Telefon privat:</b>    |
| <b>Postnr./stad:</b>                  | <b>Mobilnr.:</b>          |
| <b>Pers.nr. (11 siffer):</b> -        | <b>Telefon på dagtid:</b> |

Det er pasienten sin manglande evne til å ta seg fram og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlag for pasienten sin rett til parkeringsløyve. Først og fremst er det spørsmål om lidingar i underekstremitetene, men lunge-, hjarte- og nevrotiske lidingar m.m. kan og vere avgjerande for løyve. Problem med å bære er ikkje eit omstende som i seg sjølv er grunnlag for parkeringsløyve.

Dersom pasienten er førar av bil, må lækjar ha vurdert om pasienten framleis bør ha førarkort (jfr. Helsedirektoratet si forskrift av 13. juli 1984).

Erklæring frå lækjar er ikkje det einaste grunnlag for vurderinga av om pasienten bør få utsetta parkeringsløyve. Pasienten må sjølv i eigen søknad gjere greie for forhold som medfører særleg trong for parkeringsløyve.

**1. Årsak til rørslehemming (på norsk):**

---

---

**2. Kvifor kan pasienten seiast å ha trong for parkeringslette som følgje av rørslehemming?**

---

---

**3. Brukar paseinten:**       Rullestol       Krykkjer       Stokk

**4. Pasienten sin gangdistanse:** Utan hjelpemiddel \_\_\_\_ meter      Med hjelpemiddel \_\_\_\_ meter

**5. I kva grad vil den generelle tilstand bli forverra ved stadig å gå denne distanse?**

---

---

**6. Eventuelle andre forhold (t.d. trong for tilsyn til ei kvar tid i høve med at søkjaren er passasjer i bil, bilfører uten hender):**

---

---

**7. Prognose med omsyn til forhold som er årsak til forflytningshemming:**

---

---

|       |       |                                    |
|-------|-------|------------------------------------|
| Stad: | Dato: | Underskrift og stempel til lækjar: |
|-------|-------|------------------------------------|