

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

Det er to vilkår som må oppfylles før en søknad om parkeringstillatelse kan innvilges. Det ene er at søker har en nedsatt evne til forflytning, og det andre er at søker kan påvise **et særlig behov** for parkeringslettelse. Legeerklæringen er ikke eneste grunnlaget for vurdering av om pasienten bør få utstedt parkeringstillatelse. Søker må selv gjøre rede for forhold som medfører et særlig behov for parkeringslettelse.

Bakgrunn for søknad om forflytningshemming	
Årsak til forflytningshemming (Vi ber deg om å forklare eventuelle faguttrykk på norsk):	
Bruker pasienten noen av følgende hjelpemidler? 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 uten hjelpemiddel; _____ meter	Pasientens gangdistanse med hjelpemiddel; _____ meter
I hvilken grad vil den generelle tilstand forverres ved stadig å gå denne distansen?	
Hva er det som gjør at pasienten ikke kan benytte ordinære parkeringsplasser?	
Prognose mht. pasientens forflytningshemming:	
Oppgi eventuelle andre forhold som kan ha betydning for søknaden. (For eksempel om pasienten har stor variasjon i gangevne på «gode» og «dårlige» dager, om pasienten ofte er til kontroll/behandling, om pasienten er passasjer og trenger regelmessig hjelp utenfor motorvognen).	

Legens underskrift	
Sted, dato:	Legens stempel (navn, adresse og telefonnummer):
Legens underskrift:	
Utfylt skjema sendes til: Stavanger Parkeringsselskap KF - St. Olavsgate 6 - 4005 Stavanger	

Søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede



Opplysninger om søker		
Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>	Telefon:	E-post:
Adresse:	Postnummer og -sted:	

Søknaden gjelder	
<input type="checkbox"/> Som fører av motorvogn (<i>kopi av førerkort må legges ved</i>) <input type="checkbox"/> Som passasjer Førere over 75 år må sørge for å vedlegge kopi av gyldig førerkort som er fornyet av Statens Vegvesen etter fremlegg av helseattest.	
Har du parkeringstillatelse fra før? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi utløpsdato (<i>gyldig til</i>):
Har ditt kjøretøy rullestolheis eller skinner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, vedlegg dokumentasjon (<i>f.eks. fra ombygger/leverandør av bil, bilder hvor også registreringsnummer fremgår</i>)	
Er du tildelt TT- kort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Gir du Stavanger Parkeringsselskap KF tillatelse til å innhente ytterligere opplysninger fra lege/behandler vedrørende din søknad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Trenger du parkeringslettelse ved bosted: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Konkrete steder <u>der du opplever vansker med å parkere</u> på ordinære parkeringsplasser:	Antall ganger pr. år/mnd/uke:
Arbeid:	Adresse: Hvor ofte:
Lege:	Adresse: Hvor ofte:
Sykehus:	Adresse: Hvor ofte:
Fysioterapeut/Trening/ behandling (<u>Dokumenteres</u>):	Adresse: Hvor ofte:
Nødvendige ærender eller møtevirksomhet:	Adresse: Hvor ofte:
Annen aktivitet:	Adresse: Hvor ofte:

Hvorfor har du et særlig behov for parkeringslettelse på disse stedene?
Beskriv hva det er som gjør at du ikke kan benytte deg av de ordinære plassene? Skriv kort om hvert sted. (<i>Ingen medisinsk beskrivelse – den vil fremkomme i legeerklæringen</i>) Bruk gjerne eget ark:

Søkerens underskrift	
Underskrift:	Sted, dato:
Utfylt skjema sendes til: Stavanger Parkeringsselskap KF - St. Olavsgate 6 - 4005 Stavanger	

Husk! Legg ved bilde og legeerklæring (eget skjema)

