



SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS FOR FUNKSJONSHEMMEDE FOR KOLLEKTIVREISER I SØR-TRØNDELAG

Søknaden sendes sammen med legeerklæring til:

Agdenes kommune
7316 Lensvik

| | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|------------------------|-----|----|----|--|----------------|--|--|--|
| Etternavn: | Fornavn: | Fødsels-/personnummer: | | | | | | | | |
| | | dag | mnd | år | nr | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Adresse: | Postnummer og sted: | | | | | | Telefonnummer: | | | |

| | | | |
|--|----|-----|---------------------|
| Medlem av forening for funksjonshemmede: | Ja | Nei | Dersom JA, hvilken: |
| | | | |

GRADEN AV FUNKSJONSHEMMING:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kan ikke gå (bruker rullestol) | <input type="checkbox"/> Hjerte/lungesyke |
| <input type="checkbox"/> Kan gå ved hjelp av stikk, krykker e.l. | <input type="checkbox"/> Astma/allergiker |
| <input type="checkbox"/> Psykisk utviklingshemmet | <input type="checkbox"/> Blind |

Andre vansker (utfyllende opplysninger kan også gis på eget ark):

NÅVÆRENDE TRANSPORTMÅTE:

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Egen bil | <input type="checkbox"/> Pårørendes eller kjentes bil | <input type="checkbox"/> Drosje | <input type="checkbox"/> Offentlige transportmidler |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|---|

| | |
|-------|-----------------------|
| Dato: | Søkerens underskrift: |
|-------|-----------------------|



SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS FOR FUNKSJONSHEMMEDE FOR KOLLEKTIVREISER I SØR-TRØNDELAG

LEGEERKLÆRING

| | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|------------------------|--|-----|--|----|--|----|--|
| Etternavn: | Fornavn: | Fødsels-/personnummer: | | | | | | | |
| | | dag | | mnd | | år | | nr | |
| | | | | | | | | | |
| Adresse: | Postnummer og sted: | | | | | | | | |

| |
|------------------------------------|
| Beskrivelse av funksjonshemmingen: |
| Diagnose: |

| | |
|--|--|
| Funksjonshemmingen innebærer at pasienten: | |
| <input type="checkbox"/> Kan ikke gå (bruker rullestol) | <input type="checkbox"/> Kan gå med støtte, men med meget nedsatt forflyt.evne |
| <input type="checkbox"/> Kan gå ved hjelp av stokk/krykker | <input type="checkbox"/> Kan gå uten støtte, men med nedsatt forflytningsevne |
| <input type="checkbox"/> Kan gå med levende støtte | <input type="checkbox"/> Andre |
| Andre vansker (kort beskrevet): | |

| | | | |
|----------------------|----|-----|------------------------------|
| Er tilstanden varig? | Ja | Nei | Bør kontrolleres senest den: |
| | | | |

| | | |
|-------------------------------|-------|----------|
| Legens underskrift m/stempel: | Dato: | Telefon: |
|-------------------------------|-------|----------|