# Legeerklæring

**Transporttjeneste for funksjonshemmede**

**(TT-kort)**

**Risør Kommune**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Søker:** |  | |  | | |
| Navn (søker): |  | |  | Fødselsnr. (11 siffer): |  |
| Adresse: |  | |  | | |
| Postnummer |  | Poststed: |  | | |

**Informasjon til lege:**

**Legeerklæringen er ikke det eneste grunnlaget for vurdering av om pasienten bør få utstedt transporttjeneste. Søker må selv gjøre rede for forhold som medfører særlig behov for transporttjeneste.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnose – funksjonsvurdering:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Bruker søker: |  | Rullestol | |  | | Rullator | |  | Krykker |  | Stokk |
| Søkers gangdistanse: (Gange uten belastning, f.eks. bæring.) |  | | Meter - uten hjelpemiddel | | | |  | | Meter - med hjelpemiddel | | |
| Prognose mht. søkers forflytningsvansker: |  | | | | | | | | | | |
| Andre forhold av betydning (for eksempel behov for tilsyn): |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Sted, dato: | | | | | Legens stempel (navn, adresse og telefonnummer): | | | | | | |
| Legens underskrift: | | | | |

Legeerklæringen sendes gjerne sammen med søknaden til: Søknadsfrist to ganger i året:

Risør kommune 15. mai og 15. november

Postboks 158

4952 RISØR