



## LEGEERKLÆRING TIL SØKNAD OM TT-KORT I MØRE OG ROMSDAL

Alle felte må fyllast ut (bruk blokkbokstavar) for at kommunen skal kunne behandle søknaden

<input type="checkbox"/>	Eg stadfestar at eg har lese "Informasjon til lege som skriv legeerklæring til søknad om TT-kort i Møre og Romsdal" på baksida av dette skjemaet.
--------------------------	---

### Opplysning om søkjar

Fødselsnummer	Førenamn	Etternamn
---------------	----------	-----------

### Kva slags type funksjonsnedsetjing har søkjar?

<input type="checkbox"/> Rørslehemming	<input type="checkbox"/> Psykososial funksjonsnedsetjing	<input type="checkbox"/> Høyrselshemming
<input type="checkbox"/> Utviklingshemming	<input type="checkbox"/> Synshemming Skriv visus som desimal	
<input type="checkbox"/> Anna/Utdjup		

### Informasjon knytt til funksjonsnedsetjinga

<input type="checkbox"/> Funksjonsnedsetjinga er varig/livslang eller varer lenger enn 2 år
<input type="checkbox"/> På grunn av funksjonsnedsetjinga er søkjar ute av stand til å nytte offentleg transportmiddel

### Medisinske årsaker som gjer at søkjar er ute av stand til å nytte offentleg transportmiddel

<input type="checkbox"/> Livslang forflyttingshemming (orienteringsvanskar, rørslevanskar-/flyttingsvanskar og skjulte funksjonsvanskar)
<input type="checkbox"/> Rullestolbrukar
<input type="checkbox"/> Blind/sterkt svaksynt (sjå WHO sin definisjon på blind/sterkt svaksynt)
<input type="checkbox"/> Anna/Utdjup

### Utdjupande informasjon om dei medisinske årsakene

--

### Kva ved det kollektive rutetilbodet gjer at funksjonsnedsetjinga til søkjar hindrar bruken?

<input type="checkbox"/> Av- og påstiging	<input type="checkbox"/> Bussbytte	<input type="checkbox"/> Anna
Utdjup		
Har søkjar vanskar med å reise kollektivt berre delvis/i periodar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Utdjup		

### Hjelpemiddel

<input type="checkbox"/> Krykkjer/stokk/stavar	<input type="checkbox"/> Kvit stokk/førarhund	<input type="checkbox"/> Rullator/gåbord/prekestol
<input type="checkbox"/> Samanleggbar rullestol	<input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol	<input type="checkbox"/> Følgjeperson
<input type="checkbox"/> Anna/Utdjup		

### Legen si underskrift og stempel

Førenamn	Etternamn
Telefon	E-post
Dato	Underskrifta og stempelet til legen