



**TELEMARK
FYLKESKOMMUNE**

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

**LEGE/HELSEERKLÆRING FOR TRANSPORTTJENESTE FOR
FUNKSJONSHEMMEDE OG/ELLER LEDSAGERBEVIS.**

Denne erklæringen skal fylles ut av fastlegen eller annen helseperson som kjenner søkeren godt.

NAVN.....Personnr (11 siffer).....
ADRESSE.....
POSTNR/STED.....TLF.
1) Funksjonshemming/Diagnose, se baksiden.
2) (Fylles kun ut ved TT-søknad) Angi detaljert hvordan diagnosen påvirker søkers forflytningsevne.
3) (Fylles kun ut ved TT-søknad) Angi når sykdommen ble påvist, nåværende stadium og framtidsutsikter.
4) (Fylles kun ut ved TT-søknad) Angi hvilke hjelpemidler søker bruker.
5) Er tilstanden varig (utover 3 år)

Dato...../.....20.....

Legens/helsepersons underskrift/stempel.....Tlf.....