



Legeerklæring ledsagerbevis

Denne erklæringen skal fylles ut av lege. Vennligst bruk blokkbokstaver

Navn: _____ Personnr.(11 siffer) _____

Adresse: _____

Postnr./Sted: _____ Tlf: _____

Beskriv pasientens helsetilstand:

Beskriv behovet for ledsagerbevis:

Har søker behov for flere enn en ledsager?

Ja	Nei
☐	☐

Dato: _____

Legens underskrift og stempel: _____

Telefonnummer: _____

Søknad sendes: Bamble kommune - Servicetorg, postboks 80, 3993 Langesund