



**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.....

## **”BAKSIDEN AV LEGEERKLÆRING”**

### **Generelt om TT-ordningen:**

Individuell transport gis primært til personer mellom 12 og 67 år som har betydelig og varig funksjonshemming; jfr. pkt 1 under.

Fellestransport gis til personer med lettere funksjonshemming og aldersrelaterte lidelser.

### **1. Eksempel på Funksjonshemming/Diagnose, forklaring til pkt. 1 på forsiden:**

Blind/sterk svaksynt

Rullestolbruker

Kols

Ostyperose

MS

Revmatisme

CP

Psykiske lidelser

Annet, angi hva

### **Generelt om ordningen for ledsagerbevis og transporttjenesten.**

Transporttjenesten er et tilbud for å forebygge isolasjon og derved bidra til økt livskvalitet for den funksjonshemmede.

Ordningen med ledsagerbevis omfatter personer med funksjonshemming normalt av minst 2-3 års varighet.

Ledsagerbeviset gjelder for adgang til de aktiviteter, bygninger, transportmidler m.v. som aksepterer ordningen, og hvor det offentlig fastsatte symbolet for ledsager er slått opp.