ØSTFOLD
FYLKESKOMMUNE

# LEGEERKLÆRING

Vedlegg til «Søknad om skoleskyss på medisinsk grunnlag» etter opplæringsloven §§ 4-1 og 9-1.

Formål: Beskriv hvordan elevens tilstand og funksjon påvirker evnen til å benytte ordinær kollektivtransport, gå eller sykle til og fra skolen og hvilke konkrete vansker som oppstår.

## 1. PASIENT OG BEHANDLER

| | |
|---|---|
| Pasientens navn | |
| Fødselsnummer (11 siffer) | |
| Adresse og postnummer | |
| Behandler:<br>☐ Fastlege<br>☐ Behandlende lege<br>☐ Psykolog | Behandlers navn / stempel |

## 2. TILSTAND OG VARIGHET

| | |
|---|---|
| Elevens diagnoser<br>(relevant medisinsk informasjon for søknaden) | 1)<br>2)<br>3) |
| Varighet av funksjonstap | ☐ Kortvarig funksjonstap<br>☐ Midlertidig funksjonstap<br>☐ Permanent funksjonstap |

## 3. FUNKSJON OG TRANSPORTBEHOV

| | |
|---|---|
| Elevens funksjonstap | ☐ Bevegelseshemming ☐ Syn ☐ Hørsel ☐ Kognisjon/orientering<br>☐ Psykisk funksjon ☐ Utviklingshemming ☐ Annet: _____ |
| Hvilke deler av reisen er vanskelig for eleven? | ☐ Til/fra holdeplass ☐ Vente ☐ På-/avstigning ☐ Selve reisen<br>☐ Finne frem/bytte ☐ Håndtere endringer ☐ Annet: _____ |
| Forventet varighet på transportbehovet | ☐ Kortvarig (under 2 mnd) f.o.m: ____/____/_____ t.o.m: ____/____/_____<br>☐ Mellomlang (2–6 mnd) f.o.m: ____/____/_____ t.o.m: ____/____/_____<br>☐ Langvarig (over 6 mnd) f.o.m: ____/____/_____ t.o.m: ____/____/_____ |

| | |
|---|---|
| Beskriv kort elevens vansker med skoleveien (kollektivtransport, sykling og gange). | Beskrivelse: |

## 4. TILRETTELEGGING

| | |
|---|---|
| Hvilke tiltak er forsøkt (hjelpemidler, ledsager eller annen tilrettelegging)? | |
| Relevant tilleggsinformasjon | |

## 5. SIGNATUR

| | |
|---|---|
| Behandlers navn / stilling | |
| Sted og dato | |
| Signatur / stempel | |

Personvern; konfidensiell og taushetsbelagt informasjon / helseinformasjon

Skjemaet er utarbeidet av Helsenemda / ØKT