



## 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Dato: \_\_\_\_\_

Legens underskrift og stempel: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Søknad sendes: Skien servicesenter, Postboks 158, 3701 Skien**

