





Bruker pasienten hjelpemidler, kryss av:	
<input type="checkbox"/> Rullestol	<input type="checkbox"/> Rullator
<input type="checkbox"/> Krykker	<input type="checkbox"/> Stokk
<input type="checkbox"/> Annet, beskriv:	
Pasientens gangdistanse UTEN hjelpemidler?	Pasientens gangdistanse MED hjelpemidler?
Hvordan er gangdistansen vurdert (eksempel: gangtest/observasjon)?	
I hvilken grad vil den generelle tilstand forverres ved stadig å gå denne distansen?	
Eventuelle andre forhold som kan ha betydning for søknaden	
Pasientens ev. prognose for bedring av forflytningsevnen	
<b>Underskrift og stempel av lege</b>	
Dato:	Underskrift og stempel: