

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Uppgifterna är baserade på

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Läkarens egen observation | <input type="checkbox"/> Tidigare journalanteckningar |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande | <input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig |
| <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan..... | |

Diagnos (även på svenska om möjligt)

Sjukdom/skada uppstod år

Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Ange särskilt hur långt den sökande kan förflytta sig på egen hand (normalt förflyttningsätt avser gångförmågan till fots) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Om sökande själv kör fordonet, uppfyller sökande de medicinska kraven för innehav av körkort enligt Transportstyrelsens föreskrifter

- Ja Nej

Läkarens bedömning av hur sökandes förflyttar sig med och utan hjälpmedel på plan mark , ange i meter

Vilka hjälpmedel använder sökande vid förflyttningar?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Rullstol |
| <input type="checkbox"/> Kryckkäpp | <input type="checkbox"/> Levande stöd |
| <input type="checkbox"/> Rullator | <input type="checkbox"/> Annat..... |

Handikappets beräknade varaktighet < 6 månader

6 månader - 1 år

1 - 2 år

> 2 år

Ifall den sökande ej själv kör fordonet, ange om sökanden regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet Ja Nej

Beskrivning av behovet av hjälp

Läkarens underskrift

Adress

Namnförtydligande

Telefonnummer

Datum

Samtliga fält i läkarintyget ska vara ifyllda.