

**Läkarintyg vid ansökan om
parkeringstillstånd för rörelsehindrade**

Samtliga fält ska vara ifyllda

Namn på sökande		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"/> Gångtest hos sjukgymnast	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan _____	
Diagnos (även på svenska om möjligt) samt vilket år sjukdom/skada uppstod			
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.			
Vilka hjälpmedel använder sökande vid förflyttningar?			
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Kryckkäpp	<input type="checkbox"/> Rullator	<input type="checkbox"/> Levande stöd <input type="checkbox"/> Rullstol Annat _____
Hur långt kan sökande gå på plan mark utan vila?			
Utan hjälpmedel _____ meter. Med hjälpmedel _____ meter.			
Om sökande själv kör fordonet, uppfyller sökande de medicinska kraven för innehav av körkort enligt Transportstyrelsens föreskrifter			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
I det fall sökande <u>inte själv</u> kör fordonet, ange om personen efter nödvändig assistans kan vänta medan föraren parkerar bilen.			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej. Om nej, beskriv varför:	
Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet			
<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år	<input type="checkbox"/> 2 år – 3 år	<input type="checkbox"/> Bestående
Läkarens underskrift		Adress	
Namnförtydligande	Telefonnummer	Datum	