

LÄKARINTYG

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Information till intygsskrivande läkare om bedömningsgrunder etc,
se vidstående sida

Uppgifter om den undersökte

Namn

Personnummer

Uppgifterna är baserade på (kryssa i aktuella rutor)

Besök av sökanden Uppgifter lämnade av sökanden Journalanteckningar

Telefonkontakt med sökanden Kontakt med anhörig Personlig kännedom sedan

Ange årtal

Diagnos

Sjukdomen/Skadan uppstod, datum

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). 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 gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark?

_____ meter

utan hjälpmedel

med hjälpmedel

Ange vilket hjälpmedel

Handikappets beräknade varaktighet

< 6 månader

6 månader - 1 år

> 2 år

I de fall den sökande inte själv kör fordonet ange om hon/han regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet

Ja

Nej

Beskrivning av behovet av hjälp

Underskrift

Datum och leg. läkares underskrift

Namnförtydligande, ev specialistkompetens

Utdelningsadress (gata, box etc)

Telefon (även riktnummer)

Postnummer och postort