

Läkarintyg

TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRADE

För mer information läs avsnitt Information och villkor (sid 4-4)



Plats för stämpel

Uppgifter om den undersökte

Förnamn (var god texta)	Efternamn	Personnummer
Uppgifterna baseras på (kryssa i aktuella rutor)		
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan
Diagnos		Ange år/datum
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv den sökandes tillstånd och ange vad den nedsatta förflyttningsförmågan består av		Sjukdomen/Skadan uppstod, datum
Hur har bedömningen av förflyttningsförmågan gjorts? (Till exempel till och från undersökningsrummet)		
Hur långt kan den sökande gå på plan mark		
Utan hjälpmedel och utan pauser		meter
Med hjälpmedel		meter och antal pauser
Rörelsehindrets varaktighet		Ange vilket hjälpmedel
<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år	<input type="checkbox"/> > 2 år
Kan den sökande köra fordonet själv?		I det fall den sökande inte själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv varför sökande inte klarar att vänta själv vid målpunkten medan föraren parkerar fordonet		

Underskrift

Datum och leg läkares underskrift	Namnförtydligande, ev specialistkompetens	
	Utdelningsadress (gata, box etc)	
Telefon (även riktnummer)	Postnummer	Postort