



Läkarintyg

TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR
RÖRELSEHINDRADE

För mer information läs avsnitt Information och villkor i Ansökan



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		Ange vilket hjälpmedel
Rörelsehindrets varaktighet		
<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år	<input type="checkbox"/> 5 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		<input type="checkbox"/> Nej
Beskrivning av behovet av hjälp		

Underskrift

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