



LÄKARINTYG

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Information till intygsskrivande läkaren om
bedömningsgrunder etc, se vidstående sida

Uppgifter om den undersökte

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

Uppgifterna baserade på (kryssa i aktuella rutor)

<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Telefonskontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan

Ange årtal

Diagnos	Sjukdomen/Skadan uppstod, datum
---------	---------------------------------

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmögan 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	m <input type="checkbox"/> utan hjälpmedel	<input type="checkbox"/> med hjälpmedel	Ange vilket hjälpmedel
-------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------

Handikappets beräknade varaktighet	<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år	<input type="checkbox"/> > 2 år
------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------

I det fall den sökande ej själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Beskrivning av behovet av hjälp

Underskrift

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