

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Information till läkare:

Parkeringstillstånd utfärdas till

- svårt rörelsehindrad person med betydande gångsvårigheter, det vill säga har stora svårigheter att förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.
- rörelsehindrad som inte kör fordonet själv -endast om särskilda skäl föreligger till exempel att den rörelsehindrade regelmässigt behöver förarens hjälp vid vistelse utanför fordonet..

Parkeringstillstånd utfärdas inte

- vid enbart svårighet att bära
- vid enbart mag- och tarmproblem som medför behov av toalett
- till blind person som inte har något rörelsehinder
- vid enbart svårighet att ta sig in i och ut ur fordonet
- vid ett kortvarigt rörelsehinder

Samtliga nedanstående uppgifter skall ifyllas

Patientens namn	Personnummer
Diagnos, sjukdomens namn (om möjligt på svenska)	Sjukdomen/skadan uppstod år
Beskriv vari rörelsehindret består. Ange även om någon rehabilitering pågår eller är planerad.	
Ange hur långt patienten bedöms kunna förflytta sig till fots	
Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Krycka/käpp <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Levande stöd <input type="checkbox"/> Inget	
Rörelsehindrets varaktighet <input type="checkbox"/> < 6 månader <input type="checkbox"/> 6-12 månader <input type="checkbox"/> 1 - 2 år <input type="checkbox"/> > 3 år	

Namnteckning

Ort	Datum	
Namnteckning, läkare	Namnförtydligande	
Adress	Postnummer	Ort