

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Upplysningar till vederbörande läkare. Ytterligare information lämnas av Kontaktcenter.

a) Parkeringstillstånd kan meddelas gravt rörelsehindrad person som anses lida av sådana utpräglade gångsvårigheter, att denne svårigen kan förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.	b) För rörelsehindrad som inte själv kör bil kan parkeringstillstånd utfärdas endast om särskilda skäl föreligger. Förutom rörelsehinder gäller dessutom att tillsynsbehovet utanför fordonet ska vara omfattande. Passageraren skall inte ensam kunna invänta föraren under tiden denne parkerar fordonet.	c) Vid fall av psykiska problem, t ex fobier såsom torgskräck, eller om sökanden inte kan avlägsna sig från känd omgivning, t ex bilen, utfärdas tillstånd endast om läkare med specialistkompetens i psykiatri utfärdar ett intyg som utförligt beskriver problemen och hur de påverkar gångförmågan.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Uppgift om den undersökte (vänligen, skriv tydligt)

Uppgifter baserade på (kryssa i aktuella rutor)

Besök av sökanden Uppgifter lämnade av sökanden Journalanteckningar

Kontakt med anhörig Telefonkontakt med sökanden Personlig kännedom sedan _____

Efternamn, tilltalsnamn _____ Personnummer _____

Diagnos _____

Utförlig beskrivning av rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att gå.
(Uttrycks med svenska begrepp)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hur långt kan den sökande gå på plan mark, med hjälpmedel och utan paus

.....meter Eventuellt gånghjälpmedel.....

Handikappets beräknade varaktighet

< 6 mån 6 mån-1 år 1 - 2 år 2 år – 3 år mer än 3 år/bestående

I de fall den sökande ej själv kör fordonet, kan han/hon *efter nödvändig assistans* lämnas sittandes ensam medan föraren parkerar?

Ja Nej

Om nej, varför?

I det fall sökande kör själv, bedömer du att Transportstyrelsens krav för körkortsinnehav har uppfyllts?

Ja Nej

.....
Ort och datum

.....
Underskrift av leg läkare

.....
Namnförtydligande

.....
Adress

.....
Telefon