



Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Uppgifter om den sökande

Namn	Personnummer
Intygsuppgifterna baseras på <input type="checkbox"/> Besök av sökande <input type="checkbox"/> Journalanteckningar <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	
Diagnos	Sjukdomen/skadan uppstod datum

Gångförmåga/förflyttningsförmåga

Beskriv hur sökandes funktionshinder påverkar förflyttningsförmågan	
Använder den sökande hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja, Vilket? <input type="checkbox"/> Nej, varför inte?	
Hur långt kan den sökande förflytta sig på plan mark? <input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel meter <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel meter	Hur är bedömningen av förflyttningsförmågan utförd?
Rörelsehindrets beräknade varaktighet <input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år <input type="checkbox"/> 1 – 2 år <input type="checkbox"/> Mer än 2 år <input type="checkbox"/> Bestående	

Förare eller passagerare

Den sökande bedöms uppfylla Transportstyrelsens medicinska krav för körkortsinnehav (TSTS 1010:125), då den sökande kör själv. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ifall den sökande inte kör fordonet själv, har sökande behov av kontinuerligt stöd eller tillsyn medan föraren parkerar fordonet. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, beskriv behovet

Underskrift leg. läkare

Datum	Vårdinrättning, stämpel eller adress och telefonnummer
Underskrift	
Namnförtydligande	