

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Information till läkaren om kommunens bedömningsgrunder och tillämpningsregler se nästa sida.

(Obs! Samtliga fält måste fyllas i för att vi ska kunna hantera ansökan.)

1. Uppgifter om den undersökte

För- och efternamn _____

Personnummer _____

2. Uppgifterna baseras på (kryssa i aktuella rutor)

Besök av sökande	☐	Uppgifter lämnade av sökande	☐	Journalanteckningar	☐
Telefonkontakt med sökande	☐	Kontakt med anhörig	☐	Personlig kännedom	☐

3. Diagnos

Diagnos _____

Sjukdom/ skada uppstod (datum) _____

Beskriv sökandens tillstånd/ sjukdomens namn och ange vari den nedsatta rörelseförmågan 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.

4. Hur långt kan den sökande förflytta sig innan problemen uppstår?

Antal meter utan hjälp _____

Antal meter med hjälpmedel _____

Ange vilket hjälpmedel _____

5. Kan sökanden köra fordonet själv?

☐ Ja

☐ Nej

I de fall sökande ej själv kör fordonet, kan sökande efter assistans med rullator eller annat hjälpmedel vänta utanför fordonet medan föraren parkerar fordonet? Till exempel sitta ned och vänta en stund utan tillsyn.

☐ Ja

☐ Nej

Om Nej, ange varför _____

6. Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet

☐ < 6 månader

☐ 6 månader – 1 år

☐ 2 – 3 år

☐ Bestående

7. Datum och underskrift av legitimerad läkare (Använd gärna stämpel.)

Underskrift och datum _____ Namnförtydligande _____

Mottagning och adress _____

Telefonnummer (som handläggaren kan kontakta läkaren på för kompletterande uppgifter.) _____