

LÄKARINTYG

Till ansökan om parkeringstillstånd

Information till läkaren om kommunens bedömningsgrunder och tillämpningsregler se sidan 3

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTE (skrives på maskin eller textas tydligt)

Namn	Personnummer
------	--------------

Uppgifterna baseras på (kryssa i aktuella rutor)

- Besök av sökanden Uppgifter lämnade av sökanden Journalanteckningar
 Telefonkontakt med sökanden Kontakt med anhörig Personlig kännedom

Diagnos	Sjukdom/skada uppstod (datum)
---------	-------------------------------

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd 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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hur långt kan den sökande förflytta sig innan problem uppstår?

- m utan hjälpmedel m med hjälpmedel ange vilket hjälpmedel.....

Handikappets beräknade varaktighet:

- < 6 månader 6 månader – 1 år 2 – 3 år bestående

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

- Ja Nej Om nej, varför?

Datum och leg läkares underskrift:	Adress:
Namnförtydligande:	Telefonnummer (inkl riktnummer)