

LÄKARINTYG

Inkom:

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Läkare bör ta del av "Information till intygsskrivande läkare" innan läkarintyg ifylls.

Uppgifter om den undersökte (var vänlig texta)

Namn	Personnummer
Diagnos	
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. Skriv på svenska!	
Läkarens bedömning av sökandens gångförmåga på plan mark.	
Ange i meter:	
Är sökande tvungen att använda	
<input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel	
Hur långt kan den sökande gå med hjälpmedel?	
..... meter med hjälpmedel	
Rörelsehindrets beräknade varaktighet	
<input type="checkbox"/> < 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån -1 år <input type="checkbox"/> 1 - 2 år <input type="checkbox"/> 2 - 3 år <input type="checkbox"/> >3 år	
Om sökanden inte är förare, kan han/hon efter nödvändig assistans lämnas ensam utanför fordonet medan föraren parkerar?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om nej, varför?	
Läkarens underskrift	Datum
Namnförtydligande	Telefon
Läkarstämpel + ev specialistkompetens	Adress