



## LÄKARINTYG

Bilaga till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

### Uppgifter om den undersökte

|         |              |
|---------|--------------|
| Sökande | Personnummer |
|---------|--------------|

### Uppgifterna baserade på

|                                              |                                                          |                                               |                                                 |                                                         |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Besök av sökande<br><input type="checkbox"/> | Uppgifter lämnade av sökande<br><input type="checkbox"/> | Journalteckningar<br><input type="checkbox"/> | Kontakt med anhörig<br><input type="checkbox"/> | Personlig kännedom<br><input type="checkbox"/> sedan år |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

### Diagnos

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| Diagnos | Sjukdomen/skadan 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 planmark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Hur har bedömningen av förflyttningsförmågan gjorts? (Till exempel till och från undersökningsrummet)

|                                          |                        |
|------------------------------------------|------------------------|
| Hur långt kan den sökande gå på planmark | meter                  |
| Utan hjälpmedel och utan pauser          | meter                  |
| Hur långt kan den sökande gå på planmark | meter                  |
| Med hjälpmedel                           | meter och antal pauser |
| Ange vilket hjälpmedel                   |                        |

|                                                                                                      |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rörelsehindrades beräknade varaktighet                                                               |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> <6 månader                                                                  | <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 1–2 år                                                                      | <input type="checkbox"/> > 2 år                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Bestående                                                                   |                                                                                                             |
| Kan den sökande köra fordonet själv?                                                                 | I det fall den sökande inte själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                                          | <input type="checkbox"/> Nej                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                                          | <input type="checkbox"/> Nej                                                                                |
| Beskrivning varför sökande inte klara att vänta själv vid målpunkten medan föraren parkerar fordonet |                                                                                                             |

### Namnunderskrift av leg läkare

|                              |               |                   |
|------------------------------|---------------|-------------------|
| Datum                        | Namn-teckning | Namnförtydligande |
| Utdelningsadress (gata, box) |               | Telefon           |
| Postnummer och postort       |               |                   |