

## Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Upplysningar till vederbörande läkare. Ytterligare information kan lämnas av trafikavdelningen

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>a)<br/><b>Parkeringstillstånd kan meddelas gravt rörelsehindrad person</b> som anses lida av sådana utpräglade gångsvårigheter, att denne svårigen kan förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.</p> | <p>b)<br/><b>För rörelsehindrad som inte själv kör bil</b> kan parkeringstillstånd endast utfärdas om särskilda skäl finns.</p> | <p>c)<br/><b>Vid fall av psykiska problem</b> t ex fobier såsom torgskräck, eller om sökanden inte kan avlägsna sig från känd omgivning, t ex bilen, utfärdas tillstånd endast om läkare med specialistkompetens i psykiatri utfärdar ett intyg som utförligt beskriver problemen och hur de påverkar gångförmågan.</p> |
|---|---|---|

### Uppgift om den undersökte (skrivs på maskin)

|  |              |
|--|--------------|
| Namn   | Personnummer |
| Diagnos med svenska begrepp<br>.....   |              |
| Utförlig beskrivning av rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att gå (uttrycks med svenska begrepp).<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |              |

Kännedom om sökanden sedan .....

|  |
|--|
| <b>Den sökande kan gå på plan mark</b> <input type="checkbox"/> 500 m <input type="checkbox"/> 200 m <input type="checkbox"/> 100 m <input type="checkbox"/> inte alls   |
| <input type="checkbox"/> utan svårighet <input type="checkbox"/> med viss svårighet <input type="checkbox"/> med stor svårighet <input type="checkbox"/> nej   |
| Den undersökte är tvungen att använda: <input type="checkbox"/> kryckkäpp <input type="checkbox"/> rullator <input type="checkbox"/> bock <input type="checkbox"/> benprotes <input type="checkbox"/> rullstol <input type="checkbox"/> annat hjälpmedel nämligen: ..... |
| Handikappets beräknade varaktighet<br><input type="checkbox"/> < 6 mån <input type="checkbox"/> > 6 mån -1 år <input type="checkbox"/> 1 år - 2 år <input type="checkbox"/> 2 år – 3 år <input type="checkbox"/> Bestående   |
| <b>I de fall den sökande inte själv kör fordonet ange</b> om han/hon regelmässigt måste ha stöd under tiden fordonet parkeras på annan närbelägen plats.<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nej</div>            |
| <b><u>När sökande själv kör fordonet:</u></b><br>Bedöms sökande uppfylla Vägverkets medicinska krav för förkörkortsinnehav <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  |

Ort och datum

.....

Företagsstämpel, Tel. Postadress , E-postadress

Underskrift av leg läkare

.....

Namnförtydligande