

LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND

Undantag från trafikförordningen (TrF):

Upplysning till vederbörande läkare:

- a) Parkeringstillstånd meddelas **gravt rörelsehindrad** person som anses lida av sådana utpräglade gångsvårigheter, att denne svårligen kan förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.
- b) **För rörelsehindrad som inte själv kör bil utfärdas parkeringstillstånd endast om särskilda skäl föreligger.** Även utan parkeringstillstånd får, enligt 11 kap. 5 § trafikförordningen (TrF) fordon som rörelsehindrad färdas i, stannas och parkeras där det enligt lokal trafikföreskrift är förbjudet att stanna eller parkera. Detta får endast ske, om omständigheterna kräver det och särskild försiktighet iakttas. Parkering får i sådana fall inte ske under längre tid än vad som är absolut nödvändigt för av- och påstigning och nödvändig assistans utanför fordonet.
- c) Specialistutlåtande kan komma att krävas i vissa fall.
- d) Parkeringstillstånd för rörelsehindrade är inte avsedda för dom som har kortvarigt rörelsehinder.

Namn:		Personnr:	
Intygsuppgifterna baserade på:			
<input type="checkbox"/> Besök av sökande		<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnad av sökanden	
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar		<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	
		<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	
Diagnos på svenska:		Sjukdomen/skadan uppstod år:	
Beskriv rörelsehindret eller de andra problem att förflytta sig som den sökanden har.			
Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark och vilka hjälpmedel som behövs. <i>Obs! Obligatorisk uppgift.</i>			
Kan den undersökte använda kollektiva transportmedel ?			
<input type="checkbox"/> Ja, utan svårighet		<input type="checkbox"/> Ja, med svårighet	<input type="checkbox"/> Nej
Den undersökte är tvungen att använda:			
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Kryckkäpp	<input type="checkbox"/> Bock	<input type="checkbox"/> Benprotes
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Levande stöd	
Handikappets beräknade varaktighet:			
<input type="checkbox"/> < 6 månader		<input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år	<input type="checkbox"/> > 2 år
<input type="checkbox"/> Bestående			
Datum och leg. läkares underskrift:		Läkarens arbetsplats (t ex sjukhus, vårdinrättning):	
		Utdelningsadress (gata, box etc.):	
		Postadress:	
Namnförtydligande:		Telefon (även riktnummer):	