

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOF S 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvård mm. och får aldrig utfärdas av en person som är närstående av sökanden.

Namn	Efternamn	Personnummer
Diagnos		Sjukdomen/skadan/diagnosen 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 gå på plan mark		Ange vilket hjälpmedel
_____ m Utan hjälpmedel Med hjälpmedel		
Handikappets beräknade varaktighet		
< 6 månader 6 månader – 1 år 1 år – 2 år 2 år – 3 år Bestående		
I det fall den sökande <u>inte själv</u> kör fordonet, ange om hon/han efter nödvändig assistans kan vänta medan föraren parkerar bilen.		
Ja Nej		
Om nej, beskriv varför hon/han inte kan vänta.		
I det fall den sökande <u>kör själv</u> , bedömer du att Transportstyrelsens krav för körkortsinnehav har uppfyllts?		
Ja Nej		

Datum och leg läkares underskrift	Namnförtydligande, ev. specialistkompetens
	Adress
Telefon	Postadress