

Läkarintyg

Parkeringsstillstånd för rörelsehindrade

Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården.

Sökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Uppgifterna baseras på

Kryssa i aktuella rutor

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Besök av sökanden | <input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga |
| <input type="checkbox"/> Journalanteckningar | <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år |

Diagnos och beskrivning av funktionsnedsättningen

Skriv på svenska

Din bedömning av sökandes gångförmåga på plan mark. Ange i meter		Går den sökande denna sträcka utan paus?	
Utan hjälpmedel	Med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ den sökande tar stående pauser
Är den sökande tvungen att använda			
<input type="checkbox"/> Käpp/kryckkäpp	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under			
<input type="checkbox"/> mindre än 6 mån	<input type="checkbox"/> 6 mån - 1 år	<input type="checkbox"/> 1 år - 2 år	<input type="checkbox"/> mer än 2 år

Förare eller passagerare

Kan den sökande köra fordonet själv?

- JA NEJ

I de fall sökande inte själv kör fordonet, kan hon/han efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?

- Ja NEJ

Om NEJ, beskriv varför

--

Läkarens namnteckning

Namnteckning och namnförtydligande	Eventuell specialistkompetens
Arbetsplats (ex sjukhus, vårdcentral)	Telefon, direktnummer (även riktnummer)
Adress	Postadress

Ort och datum

* Personuppgifterna kommer att behandlas i Lerums Kommuns datasystem. Mer information finns på hemsidan www.lerum.se/personuppgifter