

## LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND

### Undantag från trafikkungörelsen

Upplysning till vederbörande läkare:

- a) Parkeringstillstånd meddelas gravt rörelsehindrad person som anses lida av sådana utpräglade gångsvårigheter, att denne svårigen 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 159 a § vägtrafikkungörelsen (VTK), 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"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	
Diagnos på svenska:		Sjukdomen/skadan uppstod år:
<p>Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv rörelsehindret eller de andra problem att förflytta sig som den sökande har.</p> <p>Ange även om besvären är konstanta, om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad.</p>		
Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark:		
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"/> Kryck-käpp <input type="checkbox"/> Bock <input type="checkbox"/> Benprotes <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Levande stöd		
Rörelsehindrets varaktighet:		Telefonnummer till läkare
Ort		Datum
Läkarens underskrift samt avdelning		Namnförtydligande