Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Upplysningar till dig som läkare (för mer information Kontaktcenter Vallentuna kommun, 08-587 850 00)

Läkarintyg skall utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsutfärdaren.

a) För att få parkeringstillstånd ska den sökande ha ett funktionshinder som medför att han eller hon bara med betydande svårighet kan förflytta sig till fots.

b) Om den sökande inte kör fordonet själv ska han eller hon regelbundet behöva hjälp av föraren utanför fordonet.

c) Om den sökande har psykiska problem, t ex torgskräck eller måste vara nära fordonet om omgivningen är okänd, ska du som läkare ha specialkompetens i psykiatri. Intyget ska utförligt beskriva problemen och hur de påverkar gångförmågan.

Namn	**Personnummer**

Uppgifterna baserade på (kryssa i aktuella rutor)

☐ Besök av sökanden ☐ Uppgifter lämnade av sökanden ☐ Journalanteckningar

☐ Telefonkontakt med sökanden ☐ Kontakt med anhörig ☐ Personlig kännedom sedan år .....

Diagnos	**Sjukdomen/skadan 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**
meter ☐ Utan hjälpmedel ☐ Med hjälpmedel	

Handikappets beräknade varaktighet

☐ < 6 månader ☐ 6 månader–1 år ☐ 1 år–2 år ☐ 2 år–3 år ☐ Bestående

Om den sökande inte själv kör fordonet, ange om han/hon efter nödvändig assistans kan vänta sittandes, medan föraren parkerar fordonet.

☐ Ja ☐ Nej

Beskriv varför han/hon inte kan vänta.

I det fall den sökande kör själv, bedömer du att Transportstyrelsens krav för körkortsinnehav har uppfyllts?

☐ Ja ☐ Nej

Underskrift

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