

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd.

Upplysningar till intygsskrivande läkare lämnas på särskild informationssida!

Namn	Personnummer			
Intygsuppgifterna baserad på:				
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar			
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga			
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:			
Diagnos:	Sjukdomen/skadan uppstod år:			
Skriv på svenska! Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som sökanden har.				
Hur långt kan sökanden gå på plan mark utan hjälp av annan person? meter				
Är sökanden tvungen att använda				
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Kryckkäpp	<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> annat hjälpmedel
Kör sökanden själv bil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
I de fall sökanden ej själv kör bil, kan han/hon efter hjälp av föraren utanför bilen lämnas ensam medan föraren parkerar?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om svaret är Nej ange skälen till detta:				
Rörelsehindret beräknas bestå 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	
Läkares underskrift	Adress			
Namnförtydligande	Telefonnummer	Datum		