



LÄKARINTYG

Särskilt parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Den sökande

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Vad den sökande ansöker som

Söker som <u>förare</u> . Bedöms den sökande uppfylla Transportstyrelsens medicinska krav för körkortsinnehav?	
☐ Ja	☐ Nej
Söker som <u>passagerare</u> . Kan den sökande, efter assistans, ensam vänta <u>sittandes</u> medan föraren parkerar bilen?	
☐ Ja	☐ Nej. Beskriv varför:

Den sökandes medicinska bakgrund

Diagnos(er):	Känd(a) sedan:			
Beskriv sökandens tillstånd och ange vad den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består av. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad.				
Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet?				
☐ <6 månader	☐ 6 månader till 1 år	☐ 1–2 år	☐ 2–3 år	☐ Bestående

Den sökandes gångförmåga

Hur många meter kan den sökande gå på plan mark?	
Med hjälpmedel: _____ meter	Vilket hjälpmedel: _____
Om hjälpmedel inte används, ange varför	
Utan hjälpmedel: _____ meter	
Beskriv den sökandes svårigheter att förflytta sig.	
Hur har bedömningen av gångförmåga gjorts? (Till exempel till och från undersökningsrummet)	

Läkarens underskrift

Datum	Plats för stämpel, kontakt- och adressuppgifter
Kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	
Legitimerad läkares underskrift	
Namnförtydligande	