

Läkarintyg - parkeringstillstånd för personer med rörelsenedsättning

Samtliga fält ska vara ifyllda

Namn på sökande	Personnummer
-----------------	--------------

Uppgifterna är baserade på

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Läkarens egen observation | <input type="checkbox"/> Tidigare journalanteckningar | <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande |
| <input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig | <input type="checkbox"/> Gångtest hos sjukgymnast | Personlig kännedom sedan |

Diagnos (även på svenska om möjligt) samt vilket år sjukdom/skada uppstod
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.

Vilka hjälpmedel använder sökande vid förflyttningar?

- | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Kryckkäpp | <input type="checkbox"/> Rullator | <input type="checkbox"/> Levande stöd | <input type="checkbox"/> Rullstol | <input type="checkbox"/> Annat |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

Om annat - specificera		
Hur långt kan sökande gå på plan mark utan vila?	Utan hjälpmedel meter	Med hjälpmedel meter

Om sökande själv kör fordonet, uppfyller sökande de medicinska kraven för innehav av körkort enligt Transportstyrelsens föreskrifter? Ja NejI de fall sökande inte själv kör fordonet, ange om personen efter nödvändig assistans kan vänta medan föraren parkerar bilen. Ja Nej

Om nej, beskriv varför

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6 månader | <input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år | <input type="checkbox"/> 2 år - 3 år | <input type="checkbox"/> Bestående |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|

Datum	
Läkarens underskrift	Adress
Namnförtydligande	Telefonnummer

Information om behandling av personuppgifter:

Vaxholms stad hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddslagstiftningen.

För mer information besök vår hemsida www.vaxholm.se/gdpr