

# Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Upplysningar till dig som läkare (för mer information Kontaktcenter Stockholm, 08-508 265 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 bil 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 bilen 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)   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Besök av sökanden  |  | <input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden     |  |
| <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden  |  | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år ..... |  |
| <input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig  |  | <input type="checkbox"/> Journalanteckningar               |  |
| 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<br>meter  |  | Ange vilket hjälpmedel                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel  |  | <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel                    |  |
| Handikappets beräknade varaktighet  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> < 6 månader  |  | <input type="checkbox"/> 6 månader–1 år                    |  |
| <input type="checkbox"/> 1 år–2 år  |  | <input type="checkbox"/> 2 år–3 år                         |  |
| <input type="checkbox"/> Bestående  |  |  |  |
| I det fall den sökande <u>inte själv</u> kör fordonet, ange om han/hon efter nödvändig assistans kan vänta medan föraren parkerar bilen.  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |  | <input type="checkbox"/> Nej                               |  |
| Beskriv varför han/hon inte kan vänta.  |  |  |  |
|   |  |  |  |
| I det fall den sökande <u>kör själv</u> , bedömer du att Transportstyrelsens krav för körkortsinnehav har uppfyllts?  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |  | <input type="checkbox"/> Nej                               |  |

## Underskrift

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