

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Information och blanketter finns på
eskilstuna.se/parkeringstillstand

Information till läkare

Parkeringstillstånd utfärdas till

Rörelsehindrad person med väsentliga gångsvårigheter d.v.s. svårigheter att förflytta sig till fots med eventuellt gånghjälpmedel som själva kör fordonet eller till rörelsehindrad person som regelbundet behöver förarens hjälp utanför fordonet d.v.s. sökandens förmåga att lämnas och ensam invänta föraren vid målpunkten.

Parkeringstillstånd utfärdas inte

- till enbart svårigheter att bära
- vid enbart mag-, tarmproblem som medför akut behov av toalett
- till blind person som inte har något rörelsehinder
- vid enbart svårigheter att ta sig in i och ur fordonet
- vid kortvarigt rörelsehinder

Upplysningar om parkeringstillstånd för rörelsehindrade i Eskilstuna kommun lämnas på telefon 016-710 26 04.

Uppgifter om den undersökte - samtliga uppgifter ska fyllas i (var god texta tydligt)

1.

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

2a.

Intygsuppgifter är baserade på (kryssa i aktuell ruta)			
Besök av sökanden	Telefonkontakt med sökanden	Kontakt med anhörig	Journalanteckningar
Kännedom om sökanden sedan, datum:			

2b.

Intyget gäller för (endast ett alternativ)	Förare	Passagerare
--	--------	-------------

3a.

Kan den undersökte lämnas ensam att vänta medan föraren parkerar fordonet?	Ja	Nej
Om svaret är nej ange varför:		

3b.

Hur långt bedöms den undersökte klara att förflytta sig på egen hand? Använder regelbundet ikryssat gånghjälpmedel:		
Käpp, antal:	Kryckkäpp, antal:	Rollator
Rullstol	Benprotes	Levande stöd
Kan gå utan hjälpmedel utan vilopaus, antal meter:		Kan gå med stöd av gånghjälpmedel utan vilopaus, antal meter:
Kan gå utan hjälpmedel med vilopaus, antal meter:		Kan gå med stöd av gånghjälpmedel med vilopaus, antal meter:

4.

Rörelsehindrets beräknade varaktighet			
mindre än 6 månader	6 månader - 1 år	mer än 2 år	Bestående

5.

Diagnos (sjukdomens namn (om möjligt på svenska)	Skadan uppstod år
--	-------------------

6.

Utförlig beskrivning, på svenska, av rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att förflytta sig till fots. Ange om någon form av behandling pågår eller är planerad.

Läkarintyg skickas, efter underskrift, till den sökande.

Sökanden skriver under och skickar sedan ansökan och läkarintyg till Eskilstuna kommun.

7. Underskrift läkare

Datum	Arbetsplats (ex. sjukhus, vårdinrättning)	Telefon (även riktnummer)
Underskrift		
Namnförtydligande		

8. Underskrift sökanden

Sökanden har tagit del av innehållet i denna intyg

Datum	Underskrift
-------	-------------