

Läkarutlåtande

Avseende parkeringstillstånd

för rörelsehindrad



Namn:	Personnummer:	
Uppgifterna baserade på:		
besök av sökande	uppgifter lämnade av sökande	
telefonkontakt med sökande	kontakt med anhöriga	
journalanteckningar	personlig kännedom sedan	
Diagnos samt funktionsnedsättning:		
Sjukdomen/skadan uppstod år		
Läkarens bedömning av sökandens gångförmåga på plan mark (med eventuella hjälpmedel och pauser). Ange i meter:		
Vilka hjälpmedel använder den sökande:		
käpp	kryckkäpp	rullstol rollator annat hjälpmedel:
Sökanden kör själv fordonet: ja nej		
I de fall sökanden inte själv kör fordonet, kan han/hon efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?		
ja nej, ange anledning:		
Funktionsnedsättningen beräknas bestå under:	mindre än 6 månader	6 månader – 1 år
	1 år - 2 år	mer än 2 år
Läkarens underskrift:	Tjänsteställe:	
Namnförtydligande:	Telefonnummer:	Datum:

Skickas till: Härryda kommun, Samhällsbyggnad, Trafik, 435 80 Mölnlycke, vxl 031-724 61 00