



VADSTENA KOMMUN
Samhällsbyggnadskontoret
Gatu- VA- Parkenheten
592 80 VADSTENA

Denna blankett skall endast användas då sökande är
folkbokförd i Vadstena kommun. Blanketten kan hämtas
på www.vadstena.se

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad. Blankett 2

Information till läkare

Parkeringstillstånd utfärdas till:

- * Svårt rörelsehindrad person med betydande gångsvårigheter, det vill säga stora svårigheter att förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats
- * rörelsehindrad som inte kör fordonet själv - endast om den rörelsehindrade regelbundet behöver förarens hjälp utanför fordonet

Parkeringstillstånd utfärdas inte:

- * till enbart svårigheter att bära
- * vid enbart mag- och tarmproblem som medför akut behov av toalett
- * vid enbart svårigheter att ta sig in och ur fordonet
- * vid kortvarigt rörelsehinder

Upplysningar om parkeringstillstånd i Vadstena kommun lämnas av:

Gatu- VA- Parkenheten
tel 0143-15046, 0143-15044
Besöksadress: Klosterledsgatan 35, 592 80 Vadstena

Uppgifter om den undersökte (Var god texta)

1 Namn: _____ Personnummer: _____

OBS! SAMTLIGA UPPGIFTER SKALL FYLLAS !!

Intygsuppgifter är baserad på (kryssa i aktuell ruta)

2a Besök av sökanden Telefonkontakt med Kontakt med anhörig
sökanden
Journalanteckningar Kännedom om sökanden sedan, datum _____

Intyget gäller för. (Endast ett alternativ)

2 b Förare Passagerare

Endast för passagerare

3a Är den undersökte i behov av kontinuerlig stöd/tillsyn medan föraren parkerar fordonet? Ja Nej

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

b Hur långt bedöms den undersökte kunna gå på plan mark?

Den undersökte använder reglerbundet (kryssat) gånghjälpmedel

Käpp Kryckkäpp Rullator Rullstol Benprotes Levande stöd Antal Antal

Kan gå utan hjälpmedel (antal meter) _____

Utan svårighet Med svårighet
hetMed betydande svårighet

Kan med stöd av gånghjälpmedel gå högst (antal meter) _____

Utan svårighet Med svårighet
hetMed betydande svårighet **4 Rörelsehindrets beräknade varaktighet**6 mån 6 mån-1år 2 år Bestående **5 Läkarens utlåtande**

Diagnos _____ Skadan uppstod år _____

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska)

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

Läkarintyg skickas till den sökande för under skrift.

Sökanden insänder ansökan och läkarintyg till Vadnstena kommun.

Underskrift läkare

Datum och leg läkarens underskrift

Läkarens arbetsplats t ex sjukhus, vårdinrättning

Namnförtydligande

Telefon (även riktnummer)

Underskrift sökande

Sökanden har tagit del av innehållet i detta intyg.

Datum och sökandens underskrift