



Läkarutlåtande till ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsehinder (PRH).

Kompletterande uppgifter till "Ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsehinder (PRH)" om det begärts av handläggare. Läkarutlåtande ensamt berättigar inte till parkeringstillstånd, utan utgör en del av ett vidare beslutsunderlag.

Information till dig som skriver utlåtande

Parkeringstillståndet är ett undantag från lokala trafikföreskrifter gällande parkering. Tillståndet ger inte bara rätt att parkera på särskilda reserverade platser utan innebär även förlängda parkeringstider och rätt att parkera där parkering är förbjuden.

För att de som ansöker om parkeringstillstånd skall behandlas jämlikt över hela landet och för att säkerställa att de som verkligen är i behov av parkeringstillstånd också får det är det viktigt att utlåtandet på ett objektivt sätt beskriver rörelsehindret och hur det påverkar förmågan att förflytta sig till fots.

Uppgifter om den sökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Uppgifterna i utlåtande baseras på

<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan(årtal):		

Beskrivning av rörelsehinder

Diagnos (på svenska om möjligt)	
Rörelsehinder har uppstått på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Sjukdomen/skadan uppstod(datum):
Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå(förflytta sig till fots) på plan mark, vilka problem som uppstår och om hjälpmedel används.	

Rörelsehindret eller funktionsnedsättningens beräknade varaktighet:

Mindre än 6 mån 6 mån – 1 år Mer än 1 år Varaktigt

Behandling och rehabilitering

Pågår någon form av behandling eller rehabilitering:

Ja Nej

Om Ja ovan, beskriv pågående behandling:

Gångsträcka

Hur långt kan den sökande gå på plan mark:

Med hjälpmedel: meter Utan hjälpmedel: meter

Passagerare

I det fall den sökande **ej** själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet:

Ja Nej

Om Ja ovan, beskriv hjälpbehovet:

Underskrift

Underskrift leg läkare	Namnförtydligande
Vårdinrättning/klinik (namn och utdelningsadress)	
Datum för utfärdande (AAAA-MM-DD)	Telefon (även riktnr)

Underskrift sökande

Den sökande har tagit del av innehållet i detta utlåtande.

Ort datum

Namnteckning