



Tekniska avdelningen, 0582-68 50 00
drift.serviceforvaltningen@hallsberg.se

För att ansökan skall kunna behandlas
fordras att leg. läkare fyllt i sid 2 på denna blankett.
Lämnade personuppgifter på denna sida
kommer att införas i ADB-baserat register.

 Nytt tillstånd Jag kör fordonet själv Förlängning av tidigare erhållet tillstånd Jag är passagerare

Insändes till (trafiknämnden) i den kommun där

sökanden är folkbokförd

Namn	Personnummer (10 siffror)
Postadress	Tel bostad
Postnr. Ort	Tel arbete
Nummer på tidigare utfärdat tillstånd	
Giltigt till	

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl

Jag ger mitt tillstånd till att Trafiknämndens handläggare och förtroendeläkare vid behov
får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

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

LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND

Undantag från vägtrafikkungörelsen

Upplysningar till vederbörande läkare:

- a) Parkeringstillstånd meddelas **gravt rörelsehindrad** person som anses lida av sådana utpräglad gångsvårigheter, att denne svårligen kan förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.
- b) **För rörelsehindrad som inte själv kör bil utfärdas parkeringstillstånd endast om särskilda skäl föreligger.** Även utan parkeringstillstånd får, enligt 159 a § vägtrafikkungörelsen (VTK), fordon som rörelsehindrad färdas i, stannas och parkeras där det enligt lokal trafikföreskrift är förbjudet att stanna eller parkera. Detta får endast ske, om omständigheterna kräver det och särskild försiktighet iakttas. Parkering får i sådana fall inte ske under längre tid än vad som är absolut nödvändigt för av- och påstigning och nödvändig assistans utanför fordonet.
- c) Specialutlåtande kan komma att krävas i vissa fall.
- d) Parkeringstillstånd för rörelsehindrade är inte avsedda för dem som har ett kortvarigt rörelsehinder.

Namn		Personnr	
Intygsuppgifterna baseras på:			
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden		<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden		<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år	
Diagnos på svenska:		Sjukdomen/skadan uppstod år:	
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska) Beskriv rörelsehindret eller de andra problem att förflytta sig som den sökande har. Ange även om besvären är konstanta, om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad.			
För patienter som inte kör fordonet själva:		Är den sökande i behov av kontinuerlig tillsyn medan föraren parkerar fordonet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (beskriv på vilket sätt):	
Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark:			
Kan den undersökta använda kollektiva transportmedel? <input type="checkbox"/> Ja, utan svårighet <input type="checkbox"/> Ja, med svårighet <input type="checkbox"/> Nej			
Den undersökta är tvungen att använda <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Kryck-käpp <input type="checkbox"/> Bock <input type="checkbox"/> Benprotes <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Levande stöd			
Rörelsehindrets varaktighet		Telefonnummer till läkare	
Ort		Datum	
Läkarens underskrift samt avdelning		Namnförtydligande	