

## Medicinskt utlåtande till ansökan om Parkeringstillstånd för rörelsehindrade (PRH)

### Information till medicinsk utfärdare

Medicinskt utlåtande ingår som ett komplement till beslutsunderlaget. Parkeringstillstånd för rörelsehindrade är ingen social förmån utan ett undantag från lokala trafikföreskrifter gällande parkering. Ett tillstånd kan endast utfärdas som förare eller passagerare och riktar sig till den som har väsentlig och varaktig funktionsnedsättning. Bedömningen av funktionsnedsättningen ska grunda sig på förmågan att förflytta sig på egen hand, på plan mark med eventuella gånghjälpmedel. Funktionsnedsatt person som inte kör bil kan beviljas parkeringstillstånd om personen har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och regelbundet behöver hjälp av föraren utanför bilen. Bedömningen grundas på personens förmåga att lämnas ensam en kortare stund medan föraren parkerar fordonet. För barn tas även hänsyn till barnets ålder och mognad.

### Uppgifter om den sökande:

Namn		Personnummer
Bostadsadress		Telefonnr bostaden (även riktnr)
Postnummer	Ort	Telefonnr arbetet (även riktnr)
E-post		Mobiltelefon nr

Sökande är:  Förare - kör fordonet själv  Passagerare - kör inte fordonet själv

Kan sökande köra fordonet själv?

Ja  Nej  Inte relevant  Ingen bedömning

I de fall sökande inte kör fordonet (passagerare) kan hen efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam (sittande eller stående och invänta) medan föraren parkerar bilen?

Ja

Nej, ange orsaken:

### Utlåtandet är utfärdat av

Läkare  Sjuksköterska  Arbetsterapeut  Sjukgymnast/fysioterapeut

**Diagnos / diagnoser på svenska samt gradering (fysiskt/psykiskt)**

Huvuddiagnos	Debuterade år
Övriga diagnoser	
Aktuella, genomförda eller planerade behandlingar/medicinska utredningar, ange datum	

**Aktuell funktionsnedsättning**

Beskriv funktionsnedsättningen och hur den påverkar den sökandes möjlighet att förflytta sig?

Sökanden kan förflytta sig \_\_\_\_\_ meter **utan** förflyttningshjälpmedel

Sökanden kan förflytta sig \_\_\_\_\_ meter **med** bästa möjliga förflyttningshjälpmedel inklusive eventuella pauser

Uppgifterna om förflyttning är baserat på:

- Patientens uppgifter  
 Medicinsk bedömning

Använder den sökande något förflyttningshjälpmedel, i sådant fall vilket

- Käpp    Kryckkäpp    Rollator    Rullstol  
 Annat hjälpmedel:  
 Nej, ange orsaken:

**Övrigt**

Övriga upplysningar som är av betydelse för handläggarens bedömning av behovet av Parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Funktionsnedsättningen beräknas bestå:

3(3)

Mindre än 6 månader  6 mån - 1 år  1 år - 2 år  Bestående

### Bedömningen baseras på

<input type="checkbox"/> Kännedom om den sökande	Kännedom sedan
<input type="checkbox"/> Senast undersökningstillfället	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från ställföreträdare	Datum
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	Datum
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande utan undersökning	Datum
<input type="checkbox"/> Annat	Vad och datum

### Underskrift av sökanden

Sökande måste skriva under intyget för att det ska kunna användas vid handläggning och har då samtyckt till innehållet.

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

### Utlåtandet är utfärdat av

Namn	Titel
Tjänsteställe	
Adress	
Postnummer och ort	
Telefon	

### Utfärdarens namnteckning

Namnteckning	Ort och datum
--------------	---------------

Blanketten skickas till angiven adress som kan återfinnas på ansökningsblanketten eller på kommunens hemsida.