

Till:  
Degerfors Kommun  
Trafiknämnden  
5 Stadsbyggnadsavdelningen  
Jerry Goude  
693 80 Degerfors

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

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

Namn	Personnummer (10 siffror)
Postadress	Telefon bostad
Postnummer Ort	Telefon arbete
E-post	
Nummer på tidigare utfärdat tillstånd	Giltigt till

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl:


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

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

***OBS!*****Nya regler för beviljande av parkeringstillstånd för rörelsehindrad***Den 1 maj 2000 trädde nya regler i kraft för utformande av parkeringstillstånd för rörelsehindrade personer.**Vid ev. beviljande kommer en bilaga att sändas ut som skall kompletteras av Er med namnteckning och ett välliknande foto. Denna bilaga skall sedan överlämnas personligen och legitimation måste uppvisas vid detta tillfälle*

# LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND

## Undantag från vägtrafikförordningen (TrF)

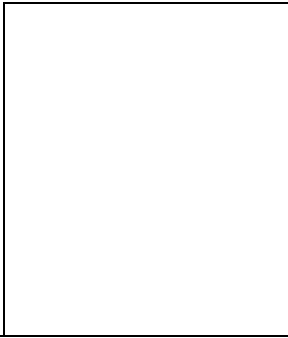
Upplysningar till vederbörande läkare:


- a) Parkeringstillstånd meddelas **gravt rörelsehindrad** person som anses lida av sådana utpräglade 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 särskilt skäl föreligger** även utan parkeringstillstånd får, enligt 11 kap. 5 § p. 6 Trafikförordning, 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 kortvarigt rörelsehinder.

Namn:	Personnummer:
Intygsuppgifter baserade på:	
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig
	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år .....
<b>Skriv på svenska!</b> Beskriv rörelsehindret eller de andra problemen att förflytta sig som den sökande har. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark och vilka hjälpmedel som behövs. Läkarens bedömning skall gälla (ej patientens).	
Kan den undersökte använda kollektiva transportmedel?	
<input type="checkbox"/> Ja, utan svårighet	<input type="checkbox"/> Ja, med svårighet
<input type="checkbox"/> Nej	
Den undersökte är tvungen att använda:	
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Kryck-käpp
<input type="checkbox"/> Bock	<input type="checkbox"/> Benprotes
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Levande stöd	
Handikappets beräknade varighet	
<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år
<input type="checkbox"/> < 2 år	<input type="checkbox"/> Bestående
Datum och leg. Läkares underskrift	Läkarens arbetsplats (t.ex. Sjukhus, Vårdinrättning.....)
	Utdelningsadress (gata, box etc.)
	Postnummer och postadress
Namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)

**Bilaga till  
ANSÖKAN om parkerings-  
Tillstånd för rörelsehindrad**

Plats för foto



<p><b>Sökandens underskrift</b> (skriv namnteckning inom rutan)</p> 	<p>Ort och datum</p>
---	----------------------