

Läkarintyg

Upplysningar till läkaren:

Bedömningen av väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand ska grundas på förmågan att förflytta sig till fots med eventuella hjälpmedel.

Bedömningen av en rörelsehindrad som inte själv kör motordrivet fordon och regelbundet behöver hjälp av föraren utanför fordonet ska grundas på sökandes förmåga att ensam invänta föraren vid målpunkten.

I frågan om rörelsehinder som beror av psykiatriskt tillstånd ska bedömningen grundas på ett läkarintyg utfärdat av en läkare med specialistkompetens i psykiatri.

Intygsuppgifterna baserade på:	
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Särskild bedömning av gångsträckan är utförd
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckning
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år _____
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	
Namn på sökande	Personnummer
Diagnos på svenska:	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har:	
Läkarens bedömning av sökandens gångförmåga på plan mark, med ev hjälpmedel	
Hur långt kan den sökande gå på plan mark utan hjälp av annan person? <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel: _____ meter <input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel: _____ meter	Ange vilket hjälpmedel den sökande använder: <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel _____
Går den sökande denna sträcka utan paus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, den sökande tar _____ stående pauser	Kör sökanden själv fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
I de fall sökanden ej själv kör fordonet kan han/hon efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? Ja Nej	
Om Nej, varför?	
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under <input type="checkbox"/> < 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån-1 år <input type="checkbox"/> 1-2 år <input type="checkbox"/> mer än 2 år	
Namnteckning	
Ort och datum	Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (ev stämpel)
Läkares underskrift	
Namnförtydligande	
Läkares kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	Tfn