



# Medicinskt utlåtande, till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Detta dokument ska skickas in per post till:

Tillståndsenheten för parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Storgatan 13

915 31 Robertsfors

## Information till utfärdare av utlåtande, parkeringstillstånd för rörelsehindrade

*Villkor vid utfärdande av Medicinskt utlåtande till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade:*

*Hälso- och sjukvårdspersonal ska utfärda detta utlåtande med tjänstelegitimation. Utlåtanden ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2018:54 för hälso- och sjukvårdspersonal om avfattande av intyg med mera. Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsutfärdaren. Utlåtandet får aldrig avse en person som är närstående till utfärdaren.*

*Enligt trafikförordningen 13kap 8§ kan ett särskilt parkeringstillstånd utfärdas. Ett parkeringstillstånd får endast utfärdas till en rörelsehindrad som har ett varaktigt funktionshinder som innebär att personen har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand. Samtliga funktionshindres påverkan på förflyttningsförmågan med bästa möjliga hjälpmedel vägs in. Om personen inte kör bil själv krävs särskilda skäl för att parkeringstillstånd ska utfärdas.*

*Om parkeringstillstånd alltför generöst kan det medföra att rörelsehindrade som har ett nödvändigt behov av att använda sitt parkeringstillstånd, inte kan parkera på grund av utrymmesbrist. Exempel där parkeringstillstånd vanligtvis inte beviljas:*

- *Person som inte har något rörelsehinder, till exempel synnedsättning, mag-/tarmsjukdom, psykisk funktionsnedsättning*
- *Kortvarigt rörelsehinder med tillfällig varaktighet mindre än sex månader*
- *Enbart behov av att parkera på en bred plats, pga. svårighet att kliva i/ur fordonet*
- *Enbart svårigheter att bära*
- *När ansökan avser parkeringstillstånd för passagerare, och där passageraren efter nödvändig assistans klarar att lämnas inomhus på resmålet och där invänta medan föraren parkerar fordonet på vanlig parkeringsplats*

# 1) Personuppgifter

## Utlåtandet gäller parkeringstillstånd för

Vänligen ange endast ett alternativ.

- förare av fordonet där föraren uppfyller medicinska krav för innehav av körkort för motorfordon enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125).
- passagerare i fordonet som efter nödvändig assistans inte klarar att lämnas sittande inomhus på resmålet och där invänta medan föraren parkerar fordonet på vanlig parkeringsplats. Tillstånd för passagerare utfärdas endast i undantagsfall.

## Utlåtandet avser

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Adress

Postnummer

Ort

## 2) Utlåtande

Utlåtandet får inte enbart bygga på exempelvis sjukdomshistoria eller den sökandes egna uppgifter. Det är viktigt att ange fakta som styrker diagnos samt vilka funktions- och aktivitetsbegränsningar som det medför. Exempelvis:

Personlig undersökning med observationer, undersökningsfynd, eventuella testresultat.  
Pågående behandling, rehabilitering, och förväntad effekt.

### Utlåtande är baserat på:

Vänligen bocka i ett eller flera alternativ.

Min undersökning av patienten.

Journaluppgifter.

Annat underlag.

Journalanteckningar från och med när?

Vilket annat/vilka andra underlag baseras utlåtandet på?

Exempelvis underlag från arbetsterapeut, hemrehabilitering.

Hur länge har du som utfärdar utlåtandet känt patienten?

**Diagnos på svenska, samt datum för diagnos**

**Vid hjärtsjukdom, ange NYHA-alternativt EHRA-klassificering**

**Vid nedsatt lungkapacitet, ange klassificering**

**Prognos för nuvarande förflyttningssvårigheter**

**Pågående behandling och/eller rehabilitering**

Hur och i vilken omfattning påverkar funktionsnedsättningen förflyttningsförmågan?

Bedömning av den undersöktes förflyttningssträcka på plan mark

Maximal förflyttningssträcka i meter med bästa hjälpmedel

Maximal förflyttningssträcka i meter med bästa hjälpmedel och korta pauser

**Antal vilopauser för att uppnå maximal sträcka?**

Vänligen ange endast ett alternativ.

0

1

2

3

4

5

Fler än fem pauser.

**Vad händer med patientens fysiska förmåga när personen har uppnått sin maximala gångsträcka?**

**Använder sökande förflyttningshjälpmedel?**

Ja

Nej

**Vilket förflyttningshjälpmedel?**

**Varför använder sökande inte förflyttningshjälpmedel?**

**Vilken undersökning baseras den angivna maximala gångsträckan på? Beskriv:**

Förväntas nuvarande förflyttningsförmåga förbättras med eventuell behandling/rehabilitering?

Beskriv.

### Ange varaktigheten av nuvarande förflyttningssvårigheter

Vänligen ange endast ett alternativ.

- 0-6 månader
- 6 månader - 1 år
- 1 år - 3 år
- Mer än 3 år

### Passagerare - behov av assistans

*Tillstånd för passagerare utfärdas endast i undantagsfall. Vid handläggning och bedömning tas endast hänsyn till om passagerare efter nödvändig assistans*

*Tillstånd för passagerare utfärdas endast i undantagsfall. Vid handläggning och bedömning tas endast hänsyn till om passagerare efter nödvändig assistans inte klarar att lämnas sittande inomhus på resmålet och där invänta medan föraren parkerar fordonet på vanlig parkeringsplats.*

**Kan sökande efter nödvändig assistans, sitta ensam inomhus vid målpunkten och vänta medan föraren parkerar på vanlig p-plats?**

- Ja
- Nej

Beskriv varför den sökande inte kan lämnas ensam, sittande inomhus vid målpunkten, medan föraren parkerar på vanlig parkeringsplats

## Så behandlar vi dina personuppgifter

Vi behöver spara och behandla dina ifyllda personuppgifter. Vi efterfrågar bara de personuppgifter som krävs för att vi ska kunna behandla ditt ärende. Om du inte lämnar efterfrågade uppgifter kommer vi inte att kunna hantera ditt ärende. Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Vi kan komma att dela dina personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga enligt lag, till exempel enligt offentlighetsprincipen.

Läs mer om dina rättigheter, syftet med behandlingen, rättslig grund och vem som är personuppgiftsansvarig för dina uppgifter.

Behandling av personuppgifter parkeringstillstånd

<https://www.robertsfors.se/kommun-politik/hantering-av-personuppgifter/>

## Kontaktuppgifter

Kontaktuppgifter till dig som skickar in blanketten, om det är annan person än utfärdare av utlåtandet

Ange gärna telefonnummer och adress till din arbetsplats/bostad



## Underskrift

Utfärdare av utlåtandet

Förnamn

Efternamn

Mejl

Ange sjukhus/vårdenhet där du är verksam

Telefon

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande