

LÄKARINTYG

Namn på sökande (den rörelsehindrade)		Personnr
Intygsuppgifterna baserade på:		
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga	
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år: _____	
Diagnos:		Sjukdomen/ skadan uppstod år: _____
Skriv helst på svenska! Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har.		
Läkarens bedömning av sökandens gångförmåga på plan mark. Ange i meter.		
UTAN eventuella hjälpmedel/kortare pauser _____		MED eventuella hjälpmedel/kortare pauser _____
Är sökanden tvungen att använda		
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Kryckkäpp	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel _____	
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 lämnas utanför fordonet medan föraren parkerar?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om nej, varför? _____
Rörelsehindret beräknas bestå under		
<input type="checkbox"/> mindre än 6 mån	<input type="checkbox"/> 6 mån - 1 år	<input type="checkbox"/> 1 år - 2 år
<input type="checkbox"/> 2 år - 3 år		
Läkares underskrift	Adress	
Namnförtydligande	Tel	Datum