



Skickas till:
Karlskoga kommun
Trafikenheten
110. Teknik- och fastighetsavdelningen
691 83 Karlskoga
teknikfastighet@karlskoga.se

Uppgifter om sökanden

Namn		Telefonnummer	
Adress		E-post	
Postnummer och ort		Personnummer	
Jag är:		Ansökan gäller:	
Förare <input type="checkbox"/> Passagerare <input type="checkbox"/>		Nytt tillstånd <input type="checkbox"/> Förlängning av tidigare beviljat tillstånd <input type="checkbox"/>	

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl:

Till ansökan ska bifogas

- Ifyllt läkarintyg som bifogas denna blankett

Lämnade personuppgifter på denna sida kommer att införas i ett ADB-baserat register.

Jag ger tillstånd till att Karlskoga kommuns handläggare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Ort och datum:

Underskrift:

Vid ev. beviljande kommer en bilaga att sändas ut som skall kompletteras av er med ett välliknande foto och namnteckning.

Nämndens anteckningar



Uppllysning till läkare

Parkeringstillstånd beviljas **gravt rörelsehindrad** person som anses lida av sådana utpräglade **gångsvårigheter att denne svårligen kan förflytta sig till och från fordonet inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.**

För rörelsehindrad som inte själv kör bil utfärdas parkeringstillstånd endast om **särskilda skäl** föreligger. Specialistutlåtande kan komma att krävas i vissa fall.

Patientuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

Intygsuppgifter baseras på

<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade från sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år	

Bedömning

Beskriv rörelsehindret eller de **problem** som den sökande har för **att förflytta sig**. Läkarens bedömning gäller (inte patientens). Var god skriv på svenska.

Kan den sökande använda kollektiva färdmedel?		Hur långt kan den sökande gå på plan mark?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	m	
Den sökande är tvungen att använda:			
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Levande stöd
Handikappets beräknade varaktighet:			
<input type="checkbox"/> 1 år	<input type="checkbox"/> 2 år	<input type="checkbox"/> Bestående	
För den som inte själv kör fordonet:			
Är den sökande i behov av kontinuerligt stöd/tillsyn medan föraren parkerar fordonet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej			
Om ja, ange på vilket sätt:			

Leg. Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Läkarens arbetsplats	Telefon arbetet inkl. riktnr	
Utdelningsadress	Postadress	