

Information till intygsskrivande läkare om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Vad är parkeringstillstånd för rörelsehindrade?

- Parkeringstillståndet är ett undantag från lokala trafikföreskrifter gällande parkering. Parkeringstillståndet ger inte bara rätt att parkera på särskilda reserverade platser. Tillståndet innebär också förlängda parkeringstider och rätt att parkera där parkering är förbjuden samt vanligtvis även avgiftsbefrielse.
- Dessa fördelar innebär att ett parkeringstillstånd för rörelsehindrade är en eftertraktad handling. För att de som ansöker om parkeringstillstånd skall behandlas jämnt över hela landet och för att säkerställa att de som verkligen är i behov av parkeringstillstånd också får det, är det viktigt att läkarintyget på ett objektivt sätt beskriver rörelsehindret och hur detta påverkar förmågan att förflytta sig.
- Parkeringstillståndet är inte någon social förmån utan ett undantag som syftar till att göra samhället tillgängligt för alla.

Vem kan få Parkeringstillstånd för rörelsehindrad?

- En person som är gravt rörelsehindrad med utpräglade gångsvårigheter, dvs har svårigheter att förflytta sig till fots mellan fordonet och parkeringsplatsen på ett rimligt gångavstånd kan beviljas parkeringstillstånd.
- För rörelsehindrad som inte själv kör fordon bör parkeringstillstånd utfärdas endast om särskilda skäl föreligger. Sådant skäl kan vara att den rörelsehindrade regelmässigt behöver förarens hjälp vid vistelse utanför fordonet.

Utredningen

- Bedömning av ansökan görs av kommunens handläggare som kan ha en förtroendeläkare att tillgå.
- Beslutande myndighet är den nämnd som har ansvar för trafikfrågor.
- Vid ansökan om förnyelse av parkeringstillstånd utgör tidigare innehav inte automatiskt att ansökan beviljas.
- Kommunens beslut om parkeringstillstånd kan överklagas hos länsstyrelsen.

Exempel på vanlig praxis:

- Bedömningen av rörelsehindret skall grunda sig på förmågan att förflytta sig till fots. I vissa fall är rörelsehindret följden av ett sjukdomstillstånd eller fobi som indirekt påverkar gångförmågan. I dessa fall krävs i regel intyg från läkare med special kompetens.
- Parkeringstillstånd är giltiga i högst tre år.
- Parkeringstillstånd är inte avsedda för ett kortvarigt rörelsehinder. Parkeringsproblemet får då lösas på annat sätt.
- Enbart svårighet att bära utgör inte grund för ett parkeringstillstånd.
- Blind person som inte har något rörelsehinder ges normalt inte parkeringstillstånd.
- Enbart mag- och tarmproblem som medför att en person kan få akut behov av en toalett ger inte rätt till parkeringstillstånd.
- Enbart svårighet att ta sig i och ur bilen utgör inte grund för parkeringstillstånd.

Mer information

Ytterligare upplysningar som regler och tillämpning finns i Svenska kommunförbundets "Handbok om Parkeringstillstånd för rörelsehindrade". Den kan beställas från Kommentus Förlag, ordertelefon 08-709 59 90 eller fax 08-709 59 80.



LÄKARINTYG

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Information till intygsskrivande läkaren om
bedömningsgrunder etc, se vidstående sida

Uppgifter om den undersökte (skrivs på maskin eller textas tydligt)

Namn		Personnummer
Uppgifterna baserade på (kryssa i aktuella rutor)		
☐ Besök av sökanden	☐ Uppgifter lämnade av sökanden	☐ Journalanteckningar
☐ Telefonkontakt med sökanden	☐ Kontakt med anhörig	☐ Personlig kännedom sedan
Diagnos		Ange årtal
		Sjukdomen/Skadan uppstod, datum

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark	m ☐ utan hjälpmedel	☐ med hjälpmedel	Ange vilket hjälpmedel
Handikappets beräknade varaktighet	☐ < 6 månader	☐ 6 månader - 1 år	☐ > 2 år
I det fall den sökande ej själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet			
☐ Ja	☐ Nej		
Beskrivning av behovet av hjälp			

Underskrift

Datum och leg läkares underskrift	Namnförtydligande, ev specialistkompetens	
	Utdelningsadress (gata, box etc)	
Telefon (även riktnr)	Postnummer	Postort