

## Läkarintyg (denna sida ifylles av läkare)

Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården med mera.

Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsutfärdaren.

Namn på den sökande (den rörelsehindrade)		Personnummer
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<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 .....	
Diagnos	Sjukdomen/skadan uppstod år	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har. Skriv på svenska.		
Hur är den objektiva bedömningen gjord? (Till exempel till och från undersökningsrummet)		
Använder den sökande hjälpmedel?		Kan sökanden köra fordonet själv?
<input type="checkbox"/> Ja. Vad? .....		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Nej. Varför inte? .....		
Läkarens bedömning av sökandens förflyttningsförmåga med bästa hjälpmedel på plan mark	Med bästa hjälpmedel och korta stående pauser	
Cirka ..... meter	Cirka ..... meter och ..... antal pauser	
I de fall sökanden inte själv kör fordonet: kan sökanden efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, varför inte? .....		
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under		
<input type="checkbox"/> mindre än 6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader–1 år <input type="checkbox"/> 1 år–3 år <input type="checkbox"/> mer än 3 år		
Ort och datum	Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (eventuell stämpel)	
Läkarens underskrift		
Namnförtydligande		
Läkarens kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	Telefon	