

Namn (på den sökande)	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postadress	Mobiltelefon
Nummer på tidigare utfärdat tillstånd	Giltigt till

Söker du som (OBS! Endast ett alternativ är möjligt.)
 Bilförare Passagerare

Jag har körkort Ja Nej Jag har färdtjänst Jag har ekonomisk bilstöd från försäkringskassan

Jag behöver parkeringstillstånd för att (Om skrivutrymmet ej räcker, fortsätt gärna på separat bilaga.)

Medgivande

För att göra en bedömning av parkeringstillstånd för rörelsehindrad behöver handläggare ibland ta kontakt med och inhämta uppgifter från andra myndigheter.

Jag medger att handläggare får kontakta läkare som skriver utlåtandet samt tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan.
 Ja Nej

Jag medger att handläggare får kontakta Gatu- och trafiknämndens förtroendeläkare samt arbetsterapeut / sjukgymnast.
 Ja Nej

I samband med att du lämnar uppgifterna på blanketten medger du att Uppsala kommun behandlar personuppgifterna om dig enligt personuppgiftslagen (PUL).

Enligt §§ 26 och 28 i samma lag har du rätt att, på skriftlig begäran, få information om och rättelse av de uppgifter som behandlats.

Ofullständigt ifyllt blankett returneras alltid, vilket gör att handläggningstiden förlängs.

Datum	Underskrift
-------	-------------

GTN/TN noteringar	<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag
Tillståndsnummer	Giltighetstid
_____	_____
Uppsala	Handläggare

Blanketten skickas till Uppsala kommun, Gatu- och trafikkontoret, 753 75 Uppsala

Besöksadress: Kungsporten, Kungsängsvägen 27

Telefon: 018-727 16 00 Telefax: 018-727 11 10

E-post: gatu-trafikkontoret@ uppsala.se

www. uppsala.se

Rev 2011-02-08

OBS! En ofullständigt ifylld blankett returneras för komplettering

Namn på den sökande	Personnummer
---------------------	--------------

Intygsuppgifterna baseras på

<input type="checkbox"/> Besök av den sökande <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande <input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande utan undersökning <input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år ö ö .. <input type="checkbox"/> Journalhandling sedan år ö ö ..	
Diagnos på svenska	Sjukdomen/skadan uppstod år
Beskriv rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandes möjligheter att gå (texta).	
Rörelsehindrets beräknade varighet <input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån . 1 år <input type="checkbox"/> 1 år . 2 år <input type="checkbox"/> Mer än 2 år <input type="checkbox"/> Bestående <input type="checkbox"/> Kan ej bedömas	

Förare eller passagerare

Om intyget avser ansökan som förare, bedöms sökande uppfylla Transportstyrelsens medicinska krav för körkortsinnehav (TSF 2010:125)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om intyget avser ansökan som passagerare, har sökande behov av kontinuerligt stöd / tillsyn medan förare parkerar fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, beskriv hjälpbehovet:

Läkarens bedömning av gångförmågan

<input type="checkbox"/> Särskild bedömning av gångsträckan är EJ utförd <input type="checkbox"/> Särskild bedömning av gångsträckan är utförd den ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ..
Hur långt bedöms den sökande kunna gå på plan mark? Kan gå utan hjälpmedel / kortare pauser ö .. m Kan gå med stöd av gånghjälpmedel / kortare pauser högst ö .. m Vintertid utan hjälpmedel / kortare pauser ö m Vintertid med stöd av hjälpmedel / kortare pauser högst ö ö m
Sökande är i behov av: <input type="checkbox"/> Käpp / Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Benprotes / Ortos <input type="checkbox"/> Levande stöd <input type="checkbox"/> Inget

 Sökande har tagit del av läkarutlåtandet
Underskrift

Ort och datum	Sjukhus / vårdinrättning
Leg. Läkares underskrift	Telefon direkt nr
Namnförtydligande	Telefon sekr. / mottagning