

INFORME MÈDIC per a l'acreditació dels requisits per a la targeta d'aparcament provisional

A emplenar pel metge/essa de família dels serveis públics de Salut.

Dades de la persona interessada

Cognoms	Nom	Número DNI / NIF / NIE
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Data de naixement	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)	
Telèfon	Població	Codi postal

Dades del/de la metge/essa que emet l'informe

Nom	Primer cognom	Segon cognom	
Núm. de col·legiat/ada	Unitat productiva	Centre	Telèfon centre

Informació mèdica imprescindible per a l'acreditació

A) Diagnòstic de la malaltia o patologia d'extrema gravetat que hagi causat la mobilitat reduïda i suposi fefaentment una reducció substancial de l'esperança de vida (Camp obligatori):

	Codi (1)

B) Descripció de l'afectació de la mobilitat de la persona (Camp obligatori):

	Codi (1)

C) Diagnòstic/s adicional/s que afecten la mobilitat de la persona:

	Codi (1)

D) Fase de la malaltia i altres observacions:

	Codi (1)

Marqueu les caselles que corresponguin a la mobilitat de la persona interessada:

SI NO

- Necessita de bastons, caminador o ajuda d'una altra persona per desplaçar-se petites distàncies.
- Usuari/ària de cadira de rodes.

Localitat	Data d'emissió
Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe	Segell

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM-10).