

<p><b>B. Personuppgifter</b></p> <p>Personnr: <input type="text"/></p> <p>Namn: _____</p> <p>Adress: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Identiteten styrkt genom:</p> <p>Personlig kännedom <input type="checkbox"/> ID-kort <input type="checkbox"/></p>	<p><b>LÄKARINTYG</b></p> <p><b>Avseende läkarkontroller vid deltagande i försöksverksamhet med villkorlig körkortsåterkallelse</b></p> <p>Ansvarig läkare, vårdinrättning, telefonnummer</p>
---	--

**KONTROLL 1**

**Datum**

år      månad      dag

**Anamnes**

Framkommer anamnestiska uppgifter om

1. tolerans, definierat som endera av följande:
  - behov av ökad mängd av alkohol för att uppnå rus eller annan önskad effekt
  - påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av alkohol .....  Ja  Nej
  
2. abstinens, vilket visat sig i något av följande:
  - abstinenssymptom
  - alkohol intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom .....  Ja  Nej
  
3. att alkohol använts i större mängd eller under en längre period än vad som avsetts .....  Ja  Nej
  
4. att det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera alkoholbruket exempelvis genom behandling med Antabus, Campral, Dipsan, Revia eller liknande läkemedel .....  Ja  Nej
  
5. att mycket tid ägnas åt att försöka få tag på alkohol, nyttja alkohol eller hämta sig från alkoholbrukets effekter .....  Ja  Nej
  
6. att viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av alkoholbruket .....  Ja  Nej

7. att bruket av alkohol fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av alkohol .....  Ja  Nej
8. Har patienten någon gång vårdats på sjukhus, behandlingshem, enligt LVM/LPT eller polikliniskt under diagnosen alkoholberoende (alkoholism)? .....  Ja  Nej
9. Har patientens körkort varit återkallat tidigare? .....  Ja  Nej  
- antal gånger? \_\_\_\_\_
10. Har patienten någon gång omhändertagits på grund av fylleri (LOB=Lagen om omhändertagande av berusade personer)? .....  Ja  Nej
11. Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna i DSM-IV för att få diagnosen missbruk? .....  Ja  Nej
12. Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna i DSM-IV för att få diagnosen beroende? .....  Ja  Nej

#### AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test)

Utförd, datum 

--	--	--	--	--

  
år      månad      dag

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Läkarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande, specialitet

**INTYGET SKICKAS TILL TRANSPORTSTYRELSEN**