

Läkarintyg avseende ansökan om körkort med villkor om alkoholås

Del 2

Denna blankett är **inte** en ansökan om körkort med villkor om alkoholås. Den ska användas om du ansökt om körkort med villkor alkoholås men behöver komplettera den.

Namn- och adressfält:

Vänligen skriv tydligt - vi använder maskinell avläsning.



10292011

Personnummer

C. Frågor att besvaras av läkaren

Läkaren ska uppmärksamma Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125, 1-11, 14-18 kap.) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Avsnitt C i intyget ska utfärdas i enlighet med vad som sägs i 17 kap. och får inte vara äldre än två månader när det kommer in till Transportstyrelsen.

Identiteten är styrkt genom: (ifylls av läkaren)

ID-kort * Företagskort eller tjänstekort ** Svenskt körkort Personlig kännedom Försäkran enligt 18 kap. 4 § *** Pass ****

*** SIS-märkt ID-kort, svenskt nationellt ID-kort eller ID-kort utfärdat av Skatteverket.

** SIS-märkt företagskort eller tjänstekort eller svenskt tjänstekort utfärdat av statlig myndighet.

*** Försäkran enligt 18 kap 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2010:125): Om godtagbar identitetshandling saknas får identiteten fastställas genom att en förälder, annan vårdnadshavare, make, maka eller sambo skriftligen försäkrar att lämnade uppgifter om sökandens identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkran ska vara närvarande vid identitetskontrollen och kunna styrka sin egen identitet.

**** Svenskt EU-pass, övriga EU-pass utfärdade från och med den 1 september 2006, pass utfärdat av Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz från och med den 1 september 2006. Trots vad som sägs i första stycket får ID-handling som har upphört att gälla godtas om giltighetstiden inte har gått ut tidigare än sex månader före den dag identitetskontrollen görs.

1. Synfunktioner

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders konfrontationsmetod?
(Om det framkommer uppgifter som föranleder en noggrannare undersökning, t.ex. Goldmann- eller datorperimetri, ska resultatet av denna bifogas.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet (prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna)?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Förekommer nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Framkommer anamnestic uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har den undersökta någon progressiv ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Värden för synskärpa (Obligatorisk uppgift som kan grundas på aktuellt intyg av bl.a. legitimerad optiker och som ska ingå som underlag vid läkarens samlade bedömning.) | | |

	Utan korrektion *	Med korrektion **	Kontaktlinser	Korrektionsglasens styrka **	Ja	Nej
Höger öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	(Behöver endast anges för innehav av behörigheterna C, CE, D, DE)		
Vänster öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Överskrider högsta styrka i något av glasen plus 8 dioptrier?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(Om frågan besvaras med ja, måste intyg om korrektionsglasens styrka bifogas.)		

*) Uppgiften är obligatorisk. **) Uppgiften är obligatorisk om föreskriven synskärpa endast uppnås med korrektion.

2. Hörsel och balanssinne

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) För innehav av behörigheterna D, DE: Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Rörelseorganens funktioner

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten någon sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar rörligheten och som medför att fordon inte kan köras på ett trafiksäkert sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om frågan besvaras med ja, ange vilken typ av nedsättning eller sjukdom: _____ | | |
| b) För innehav av behörigheterna D, DE: Är rörelseförmågan otillräcklig för att kunna hjälpa passagerare in och ut ur fordonet samt med bilbälte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Läkarens signatur:

Sid 1 av 6

Fortsätt på nästa sida



10292012

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

.....

4. Hjärt- och kärlsjukdomar

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Föreligger hjärt- eller kärlsjukdom som kan medföra en påtaglig risk för att hjärnans funktioner akut försämras eller som i övrigt innebär en trafiksäkerhetsrisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Diabetes

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om ja, patienten har diabetes <input type="checkbox"/> typ 1 <input type="checkbox"/> typ 2 <input type="checkbox"/> Annan typ: _____ | | |
| b) Om patienten har diabetes typ 2, ange behandling: <input type="checkbox"/> Kost <input type="checkbox"/> Tabletter <input type="checkbox"/> Insulin | | |

6. Neurologiska sjukdomar

Framkommer anamnestiska uppgifter om eller uppenbara tecken på neurologisk sjukdom med sensoriska eller motoriska symptom som påverkar balans, koordination eller psykomotorisk funktion?

7. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

Har eller har patienten haft epilepsi, epileptiskt anfall, abstinenskramp eller annan medvetandestörning?
Om ja, när? _____

8. Njursjukdomar

Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?

9. Demens och andra kognitiva störningar

Finns tecken på sviktande kognitiv funktion t.ex. vad gäller uppmärksamhet, omdöme, minne, visuospatiala eller psykomotoriska funktioner?

10. Sömn- och vakenhetsstörningar

Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för sömn- eller vakenhetsstörning?

11. Psykiska sjukdomar och störningar

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Har eller har patienten haft psykisk sjukdom eller störning, till exempel schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Framkommer i övrigt anamnestiska uppgifter om eller tecken på psykisk sjukdom eller annan psykisk störning med avvikande beteende, förändrad impuls kontroll, uttalade brister i fråga om omdöme eller anpassningsförmåga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten haft till exempel ADHD, ADD, DAMP, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har patienten någon psykisk utvecklingsstörning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....



10292014

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

.....

G. Diagnos Substansberoende (kriterier enligt DSM-IV)

Ja Nej

Framkommer anamnestiska uppgifter om:

- 1. tolerans, definierat som behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt eller påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen?
2. abstinens, vilket visar sig i abstinenssymptom eller att substansen intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom?
3. att substansen ofta används i större mängd eller under en längre period än vad som avsetts?
4. att det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket?
5. att mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen eller hämta sig från substansbrukets effekter?
6. att viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktivitet överges eller minskas på grund av substansbruket?
7. att bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen?

Grid of checkboxes for Ja/Nej responses

Sammanfattning:

Om minst tre kriterier under G har uppfyllts under en och samma tolv månadersperiod ska diagnosen beroende ställas.

Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna i DSM-IV för att få diagnosen beroende?

Ja/Nej checkboxes

Om ja, när ställdes diagnosen och för vilka substanser?

H. Missbruk

Framkommer anamnestiska uppgifter om (1-4 avser kriterier enligt DSM-IV)

- 1. upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (till exempel substansrelaterad upprepat arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer, substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola, substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)?
2. upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (till exempel substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)?
3. upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (till exempel att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)?
4. fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (till exempel slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning)?
5. ett substansbruk som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt?

Grid of checkboxes for Ja/Nej responses

Sammanfattning:

Om minst ett av kriterierna 1-5 under H har uppfyllts under en och samma tolv månadersperiod, samt om kriterierna för beroende för denna substans aldrig uppfyllts ska diagnosen missbruk ställas.

Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna för att få diagnosen missbruk?

Ja/Nej checkboxes

Om ja, när och för vilka substanser?

Uppfyller patienten för närvarande kriterierna för missbruk?

Ja/Nej checkboxes

Framkommer anamnestiska uppgifter om användning av narkotikaklassade läkemedel eller annan narkotika utan att kriterierna för diagnoserna missbruk eller beroende har varit uppfyllda?

Ja/Nej checkboxes

Läkarens signatur:

Signature box



Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

Personnummer input field (dashed border)

J. Läkarens bedömning:

Mot bakgrund av de uppgifter som lämnats i intyget och övriga medicinska förhållanden, uppfyller personen förutsättningarna för alkoholås? Ja Nej Kan ej ta ställning

K. Övriga upplysningar och kommentarer:

Multiple horizontal lines for text input

Patienten bör före ärendets avgörande undersökas av läkare med specialistkompetens i:

Horizontal line for text input

Intygsdatum (ÅÅÅÅMMDD)

Intygsdatum input field (dashed border) with '20' in the first two boxes

Horizontal line for text input

Läkarens underskrift

Adress och ort

Namnförtydligande

Telefon

Läkarens specialitet

Läkarintyget, sid 1-6, ska signeras på varje sida.

Skicka läkarintyget till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro.

Läkarens signatur:

Signature box