

.....

Ja Nej

9. Har du **demens** eller någon **kognitiv störning**, till exempel störning i uppmärksamhet, omdöme eller minne?
10. Har du eller har du haft någon sjukdom med **sömn- eller vakenhetsstörning**, till exempel sömnapné, snarksjukdom eller narkolepsi?
11. Har du eller har du haft beroende eller missbruk av **alkohol, narkotika eller läkemedel**?
12. Har du eller har du haft någon **psykisk sjukdom eller störning**, till exempel schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom?
13. Har du eller har du haft **ADHD, ADD, DAMP, autismspektrumtillstånd** (till exempel **Aspergers syndrom**) eller **Tourettes syndrom** eller **psykisk utvecklingsstörning**?
 Om frågan besvaras med ja, ange vad:
14. Har du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av punkterna B1-13?
 Om frågan besvaras med ja, när?
 Vårdinrättningens namn och klinik/er:
 För vad?
15. Har du någon stadigvarande medicinering?
 Om frågan besvarats med ja, vilken eller vilka mediciner?

16. Övriga upplysningar:

.....

.....

.....

.....

Den som uppsåtligt eller av oaktsamhet lämnar oriktiga uppgifter kan dömas till penningböter.

2 0
 Intygdatum (ÅÅÅMMDD) Sökandens underskrift Telefonnr dagtid

Vänligen skriv tydligt - vi använder maskinell avläsning!

Hälsodeklarationen får inte vara äldre än två månader när den kommer in till Transportstyrelsen.



Skickas till Transportstyrelsen,
701 97 Örebro.

Namn- och adressfält:



10072033

Sökandens personnummer

C. Frågor att besvaras av läkaren

Läkaren ska uppmärksamma Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Intyget ska utfärdas i enlighet med vad som sägs i 17 kap. och får inte vara äldre än två månader vid ansökan om körkortstillstånd hos Transportstyrelsen.

Identiteten är styrkt genom: (ifylls av läkaren)

ID-kort * Företagskort eller tjänstekort ** Svenskt körkort Personlig kännedom Försäkrans 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.

*** Försäkrans 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 försäkras att lämnade uppgifter om sökandens identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkrans 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(Om det framkommer uppgifter som föranleder en noggrannare undersökning, t.ex. Goldmann- eller datorperimetri, ska resultatet av denna bifogas.)</i> | | |
| 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 anamnesticke 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 ** (För innehav av behörigheterna C, CE, D, DE och taxi.)		
Höger öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Överskrider högsta styrka i något av glasen plus 8 dioptrier?..... <i>Om frågan besvaras med ja, måste intyg om korrektionsglasens styrka bifogas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

* 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 eller taxi: 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 eller taxi: Är rörelseförmågan otillräcklig för att kunna hjälpa passagerare in och ut ur fordonet samt med bilbälte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Hjärt- och kärlsjukdomar

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Läkarens signatur:

Fortsätt på nästa sida
Sid 3 av 4

