

Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter
eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

Vänligen skriv tydligt
- vi använder maskinell avläsning.


10072061

Sökandens personnummer

Intyget avser: (markera med X)

Denna blankett ska användas vid förlängd giltighet av högre behörighet, ansökan om körkortstillstånd för grupp II och III och vid ansökan om taxiförarlegitimation.	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>C1</td><td>C1E</td><td>C</td><td>CE</td><td>D1</td><td>D1E</td><td>D</td><td>DE</td><td>Taxi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> C1 = medeltung lastbil, C = tung lastbil, D1 = mellanstor buss, D = buss, E = tungt släpfordon, Taxi = taxiförarlegitimation	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	Taxi											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Blanketten kan också användas när Transportstyrelsen i andra fall begärt ett läkarintyg. Markera då med kryss endast i rutan under Annat.	Annat <input type="checkbox"/>																		

Identiteten är styrkt genom: (fylls i 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.

*** Försäkran enligt 18 kap 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2): Identiteten får fastställas genom att en förälder, annan vårdnadshavare, make, maka eller sambo, registrerad partner eller myndigt barn 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, annat 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.

Läkaren ska uppmärksamma Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2). Intyget ska utfärdas i enlighet med vad som sägs i 17 kap. och får inte vara äldre än två månader när det inkommer till Transportstyrelsen. Se www.transportstyrelsen.se/sv/Vag/Trafikmedicin.

1. Synfunktioner

Om någon av frågorna a-c besvaras med ja eller om det bedöms sannolikt att synfältsdefekter föreligger krävs läkarintyg av ögonspecialist.

Ja Nej

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders konfrontationsmetod? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Har patienten någon progressiv ögonsjukdom?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet (prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna)?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Förekommer nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Värden för synskärpa (Alla bokstäver ska kunna läsas på den rad som anger synskärpa. Är synskärpan sämre än 0,1 ska den anges som 0,0)
(OBS! Uppgifterna om synskärpa och korrektion kan grundas på tidigare utförd undersökning av bland annat legitimerad optiker. Uppgifterna ska då ingå som underlag vid läkarens samlade bedömning). | | |

Utan korrektion * Med korrektion ** Kontaktlinser Korrektionsglasens styrka

Höger öga	<input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Om högsta styrka i något av glasen överskrider plus 8 dioptrier markera då med kryss i ruta <input style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Vänster öga	<input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	(Intyg om korrektionsglasens styrka måste då bifogas.)
Binokulärt	<input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		

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

Läkarens signatur:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Hörsel och balanssinne

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten överraskande anfall av balansrubbnings eller yrsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) För innehav av behörigheterna D1, D1E, 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 D1, D1E, 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 försämrats eller som i övrigt innebär en trafiksäkerhetsrisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärllmissbildning)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om frågan besvaras med ja, vilken typ av sjukdom? | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

5. Diabetes

- | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Har patienten diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Om frågan besvaras med ja, vilken typ? | <input type="checkbox"/> Typ 1 | <input type="checkbox"/> Typ 2 | |
| Om patienten har diabetes typ 2, ange behandling: | <input type="checkbox"/> Kost | <input type="checkbox"/> Tabletter | <input type="checkbox"/> Insulin |
| Har patienten tablett- eller insulinbehandlad diabetes krävs ett läkarintyg gällande sjukdomen. | | | |

6. Neurologiska sjukdomar

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Finns tecken på neurologisk sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

7. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Har eller har patienten haft epilepsi, epileptiskt anfall eller annan medvetandestörning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om frågan besvaras med ja, och det är frågan om annan medvetandestörning, ange när den inträffade och orsak: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

8. Njursjukdomar

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

9. Demens och andra kognitiva störningar

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Finns tecken på sviktande kognitiv funktion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

10. Sömn- och vakenhetsstörningar

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för sömn- eller vakenhetsstörning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|



--

Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:



10072063

Sökandens personnummer

11. Alkohol, narkotika och läkemedel

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns journaluppgifter, anamnestiska uppgifter, resultat av laboratorieprover eller andra tecken på missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har patienten vid något tillfälle varit föremål för vårdinsatser för missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om någon av frågorna 11a) eller 11b) besvaras med ja, behövs det provtagning avseende aktuellt bruk av alkohol eller narkotika? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Om provtagning görs ska resultatet redovisas separat.) | | |
| c) Pågår regelbundet läkarordinerat bruk av läkemedel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om frågan besvaras med ja, ange läkemedel och ordinerad dos: | | |

12. Psykiska sjukdomar och störningar

- Har eller har patienten haft psykisk sjukdom eller störning, till exempel schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom?
-

13. ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning

- a) Har patienten någon psykisk utvecklingsstörning?
-
- b) Har patienten till exempel ADHD, ADD, DAMP, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom?
-

14. Sjukhusvård

- Har patienten vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av punkterna 1-13?
-

Om frågan besvaras med ja, när? _____

Vårdinrättningens namn och klinik/er: _____

För vad? _____

15. Övrig medicinering

- Har patienten någon stadigvarande medicinering?
-

Om frågan besvaras med ja, vilken eller vilka mediciner?

Läkarens signatur:

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. Övrig kommentar

Övriga kommentarer som är relevanta ur trafiksäkerhetssynpunkt.

Bedömning

Patienten uppfyller kraven enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2) för:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	Taxi	Kan inte ta ställning	Annat (AM, A1, A2, A, B, BE eller Traktor)	

Om någon av frågorna har besvarats med ja, ska de krav på ytterligare underlag som framgår av föreskrifterna beaktas.

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

Intygsdatum (ÅÅÅÅMMDD)

2	0									
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vårdinrättningens namn

Adress och ort

Telefon

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

<input type="checkbox"/>	Specialistkompetens i _____
<input type="checkbox"/>	ST-läkare
<input type="checkbox"/>	AT-läkare

Sidorna 1, 2, 3 och 4 ska signeras!



--