

Läkarintyg

- avseende körkortshöretena
C, CE, D, DE eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

Vänligen skriv tydligt
- vi använder maskinell avläsning.



10072041

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.	C	CE	D	DE	Taxi
	<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"/>				

C = tung lastbil, D = buss, E = tungt släpfordon, Taxi = taxiförarlegitimation

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 eller svenskt tjänstekort utfärdat av statlig myndighet.
 *** Försäkran enligt 18 kap 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19): 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.

Läkaren ska uppmärksamma Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19). 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.

1. Synfunktioner

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nej |
| a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders konfrontationsmetod? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Om det framkommer uppgifter som föranleder en noggrannare undersökning, t.ex. Goldman- eller datorperimetri, ska resultatet av denna bifogas.) | | |
| 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 anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har patienten 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. Sådant intyg behöver då inte bifogas läkarintyget.) | | |

	Utan korrektion *	Med korrektion **	Kontaktlinser	Korrektionsglasens styrka
Höger öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Om högsta styrka i något av glasen överskrider plus 8 dioptrier markera då med kryss i ruta <input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Binokulärt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(Intyg om korrektionsglasens styrka måste då bifogas.)

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

Läkarens signatur:

Läkarintyg

- avseende körkortsbehörigheterna C, CE, D, DE eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:



10072043

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

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 mediciner

- Har patienten någon stadigvarande mediciner?
-
- Om frågan besvaras med ja, vilken eller vilka mediciner?

Läkarens signatur:

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

[Personnummer input field]

16. Övrig kommentar

Övriga kommentarer som är relevanta ur trafiksäkerhetssynpunkt.

[7 horizontal lines for additional comments]

Bedömning

Patienten uppfyller kraven enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19) för:

[checkbox] C [checkbox] CE [checkbox] D [checkbox] DE Taxi [checkbox] Kan inte ta ställning [checkbox] Annat (AM, A1, A, B, BE eller Traktor)

Om någon av frågorna har besvarats med ja, ska de krav på ytterligare underlag som framgår av TSFS 2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19 beaktas.

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

[2 horizontal lines for specialist competence]

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

[2] [0] [] [] [] [] [] [] [] []

Vårdinrättningens namn

Adress

Ort

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Telefon

Sidorna 1, 2, 3 och 4 ska signeras!



Läkarens signatur: [Signature box]