TRANSPORT STYRELSEN

Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Läkarintyget skickas till
Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

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.	C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐ Taxi ☐ C1 = medeltung lastbil, C = tung lastbil, D1 = mellanstor buss, D = buss, E = tungt släpfordon, Taxi = taxiförarlegitimation
Blanketten kan också användas när Transportstyrelsen i andra fall begärt ett läkarintyg. Markera då med kryss endast i rutan under Annat.	Annat ☐

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?	☐	☐
b) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning?.....	☐	☐
c) Har patienten någon progressiv ögonsjukdom?.....	☐	☐
d) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet (prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna)?..	☐	☐
e) Förekommer nystagmus?	☐	☐

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	,	,	☐	
Vänster öga	,	,	☐	
Binokulärt	,	,		

Om högsta styrka i något av glasen överskrider plus 8 dioptrier markera då med kryss i ruta ..... ☐

(Intyg om korrektionsglasens styrka måste då bifogas.)

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

Läkarens signatur:

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

Ja **Nej**

2. Hörsel och balanssinne

a) Har patienten överraskande anfall av balansrubbningar eller yrsel? ..... ☐ ☐

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)? ..... ☐ ☐

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? ..... ☐ ☐

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? ..... ☐ ☐

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? ..... ☐ ☐

b) Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet? ..... ☐ ☐

c) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)? ..... ☐ ☐

Om frågan besvaras med ja, vilken typ av sjukdom?

_____

_____

_____

5. Diabetes

Har patienten diabetes? ..... ☐ ☐

Om frågan besvaras med ja, vilken typ? ..... ☐ Typ 1 ☐ Typ 2

Om patienten har diabetes typ 2, ange behandling: ..... ☐ Kost ☐ Tabletter ☐ Insulin

Har patienten tablett- eller insulinbehandlad diabetes krävs ett läkarintyg gällande sjukdomen.

6. Neurologiska sjukdomar

Finns tecken på neurologisk sjukdom? ..... ☐ ☐

7. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

Har eller har patienten haft epilepsi, epileptiskt anfall eller annan medvetandestörning? ..... ☐ ☐

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? ..... ☐ ☐

9. Demens och andra kognitiva störningar

Finns tecken på sviktande kognitiv funktion? ..... ☐ ☐

10. Sömn- och vakenhetsstörningar

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

10072062

Läkarens signatur:

TRANSPORT STYRELSEN

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?	☐	☐
b) Har patienten vid något tillfälle varit föremål för vårdinsatser för missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel?	☐	☐
Om någon av frågorna 11a) eller 11b) besvaras med ja, behövs det provtagning avseende aktuellt bruk av alkohol eller narkotika? (Om provtagning görs ska resultatet redovisas separat.)	☐	☐
c) Pågår regelbundet läkarordinerat bruk av läkemedel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?	☐	☐

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:

☐ 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

_____
Läkarens underskrift

_____
Vårdinrättningens namn

_____
Namnförtydligande

_____
Adress och ort

☐ Specialistkompetens i _____

_____
Telefon

☐ ST-läkare

☐ AT-läkare

Sidorna 1, 2, 3 och 4 ska signeras!

10072064

Läkarens signatur: