

Läkarintyget skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Vänligen skriv tydligt

- vi använder maskinell avläsning.

## Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation

Läkarens signatur:

- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

			Sök	kandens p				;					
*10072061*			i										
10072001				Intygo	t avaar	, (markara	a mod V)						
Donna blanko	tt ska användas vid	l förlönad ailtiahot	av högra	C1	C1E	(markera C CE		D1E	D	DE	Taxi	$\neg$	
	nsökan om körkorts		-										
•	an om taxiförarlegit	•	• • • • • • • • • • • • • • • • • •		_	tbil, C = tun	-		or buss, D	= buss,			
Blanketten ka	n också användas i	när Transportstyre	lsen i	Annat	· ·	<u>:</u>							
	ärt ett läkarintyg. M												
i rutan under A	Annat.												
Identiteten är sty	yrkt genom: (fylls i av	läkaren)											
ID-kort *													
identitet. **** Svenskt EU-pa den 1 septeml Läkaren ska upp körkort m.m. Inty sägs i 17 kapitlet 1. Synfunkti	märksamma Transpo rget ska vara utfärdat t. i <b>oner</b> irågorna a-c besvar	dade från och med den rtstyrelsens föreskrif tidigast 2 månader f	1 september 2 ter och allmä öre att ansöka	2006, pass nna råd (' an kom ir	utfärdat av TSFS 201 till Trans	lo:125) om portstyrels	chtenstein, N medicinsk en och i er	lorge eller s a krav för nlighet me	Schweiz fra r innehav ad vad so	ån och m av m	ned	Nej	
	gonspecialist. cken på synfältsdef	ekter vid undersöl	vnina enliat	Donders	konfron	tationeme	atod2			[	$\neg$		
-	nmer anamnestiska									Г	=	F	
•	enten någon progre		-			-	-						
•	nmer dubbelseend									na)2	$\exists$		
•	nmer nystagmus?		•		•	•				ia) : [	=	F	
f) Värden fö anges sor (OBS! Up	ör synskärpa (Alla b	okstäver ska kunna l oa och korrektion ka	äsas på den n grundas på	rad som a	anger syn	ıskärpa. Är	synskärpa	ın sämre :	än 0,1 sk				
	Utan korrektion *	Med korrektion **	* Kontaktlin	ser Kor	rektions	glasens st	yrka						
Höger öga					-	styrka i na rier marke							
Vänster öga	<u></u>	<b></b>		-	· ·	rektionsgla		-					
Binokulärt		<u> </u>		, .	gas.)	. Simorisgie	Jones Styrk	muoto t					
*) Uppgiften ä	r obligatorisk. **) Upp	ogiften är obligatorisl	k om föreskriv	ven synsk	ärpa end	ast uppnås	med korre	ektion.					

Sökande	ens personnummer (ååååmmddnnnn)		
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		Nej
3.	på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)?  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: Finns en nedsättning av rörelseförmågan som gör att patienten inte kan 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?		
5.	Diabetes  Har patienten diabetes?		
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:		
	Njursjukdomar Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?  Demens och andra kognitiva störningar	. 🗆	
	Finns tecken på sviktande kognitiv funktion?		
TSTRK1007 (U08) 160114 Sid 2(4)	Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för sömn- eller vakenhetsstörning?		

\*10072062\*

Läkarens signatur:



## Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

		H								H			l				
*10			 	•••	•	 	•	••	••		 -	 •	-	•	•	•	

;	Sc	okar	iden	is pe	ersor	nnun	nme	r					
•	٠.												•
				:		:	:		:		:	:	
ï			- 1	- :			:	- 1	- :	- ;			

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:	Ш	
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.	<b>Sjukhusvård</b> 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?		

TSTRK1007 (U08) 160114 Sid 3(4)

kandens personnummer (ååååmmddnnnn)	
16. Övrig kommentar Övriga kommentarer som är relevanta ur trafil	ksäkerhetssynpunkt.
Á	
Bedömning Patienten uppfyller kraven enligt Transportstyrelse för innehav av körkort m.m. för:	ens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska kra
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 undersöka	is 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: