



STSTRK1007 (U06) 130624  
Sid 2(4)

**Ja    Nej**

10/10

10/10

11

---

11

10

10/10

11

---

11

☐ Typ 1      ☐ Typ 2

☐ Kost ☐ Tabletter ☐ Insulin

11

10/10

---

---

11

11

11



Läkarens signatur:

\_\_\_\_\_

Namn- och adressfält:



\*10072063\*

Sökandens personnummer

## 11. Alkohol, narkotika och läkemedel

**Ja    Nei**

- 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?

Vårdrättningens 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:

--

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:

C1C1E 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:

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

20

Vårdinrättningens namn

Adress och ort

Telefon

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Specialistkompetens i

ST-läkare

AT-läkare

Sidorna 1, 2, 3 och 4 ska signeras!

Intyget är utskrivet från

Intygs-ID:

TSTRK1007 (U06) 130624  
Sid 4(4)



\*10072064\*

Läkarens signatur: