Läkarintyget skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Vänligen skriv tydligt

- vi använder maskinell avläsning.

## Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

*10072061*	ökandens personnummer
	Intyget avser: (markera med X)  C1 C1E C CE D1 D1E D DE Taxi
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 ****
förälder, annan vårdnadshavare, make, maka eller sambo, registrerad part identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkran ska vara närvarand	125, senast ändrade genom TSFS 2013:2): Identiteten får fastställas genom att en ner eller myndigt barn skriftligen försäkrar att lämnade uppgifter om sökandens
Läkaren ska uppmärksamma Transportstyrelsens föreskrifter och allm (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2). Intyget ska u äldre än två månader när det inkommer till Transportstyrelsen. Se ww	tfärdas i enlighet med vad som sägs i 17 kap. och får inte vara
<ol> <li>Synfunktioner</li> <li>Om någon av frågorna a-c besvaras med ja eller om det bedö läkarintyg av ögonspecialist.</li> </ol>	ms sannolikt att synfältsdefekter föreligger krävs Ja Nej
a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enlig	t Donders konfrontationsmetod?
b) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning a	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

(OBS! Uppgifterna om synskärpa och korrektion kan grundas på tidigare utförd undersökning av bland annat legitimerad optiker.

Med korrektion \*\* Kontaktlinser Korrektionsglasens styrka

bifogas.)

anges som 0,0)

Höger öga

Vänster öga

Binokulärt

Utan korrektion \*

Intyget är utskrivet från

TSTRK1007 (U06) 130624 Sid 1(4)

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

Uppgifterna ska då ingå som underlag vid läkarens samlade bedömning).

Läkarens signatur:	

Om högsta styrka i något av glasen överskrider

(Intyg om korrektionsglasens styrka måste då

plus 8 dioptrier markera då med kryss i ruta ......



## Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:



Sökandens personnummer										

11.	Alkohol, narkotika och läkemedel  a) Finns journaluppgifter, anamnestiska uppgifter, resultat av laboratorieprover eller andra tecken på missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel?	Ja 	Nej			
	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?	Ц				
		<u> </u>				
<b>12</b> .	Psykiska sjukdomar och störningar Har eller har patienten haft psykisk sjukdom eller störning, till exempel schizofreni, annan psykos eller	_				
UISK	bipolär (manodepressiv) sjukdom?	Ц	L			
12. 13. 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?	_				
. <b>15.</b>	Övrig medicinering Har patienten någon stadigvarande medicinering?					
Š Š	Om frågan besvaras med ja, vilken eller vilka mediciner?					
0624		-				
ISTRK1007 (U06) 130624 Sid 3(4)		-				
1007		=				
3(4)						

Läkarens signatur:

Sidorna 1, 2, 3 och 4 ska signeras!

TSTRK1007 (U06) 130624 Int Sid 4(4)

\*10072064\*

Läkarens signatur: