

Alternativ 1:

Vid synnedsättningar av betydelse för innehavet krävs ögonläkarintyg. Detta gäller vid proliferativ retinopati, genomgången laserbehandling av retinopati, signifikant makulaödem eller vid annan ögonsjukdom samt om ögonbottenfoto saknas.

Ja Nej

a. Ögonläkarintyg kommer att skickas in separat ☐ ☐



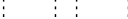



Alternativ 2: (frågorna b-d besvaras)

Om ögonläkarintyg inte krävs kan behandlande specialistkompetent läkare med god kännedom om patientens sjukdom här avge intyg om synfunktionen.

b. Är synfältsprövning enligt Donders konfrontationsmetod utan anmärkning? ☐ ☐

c. Synskärpa (alla bokstäver ska kunna läsas på den rad som anger synskärpan. Är synskärpan sämre än 0,1 ska den anges som 0,0).

Uppgifterna om synskärpa med och utan korrektion kan grundas på aktuellt intyg av bl.a. legitimerad optiker eller den som är anställd hos optiker. Alternativt kan kopia av sådant intyg bifogas. Uppgifter från ögonbottenfoto kan också användas.

	Utan korrektion *	Med korrektion **
Höger öga		
Vänster öga		
Binokulärt		

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

d. Förekommer dubbelseende?

4. Bedömning

Patienten uppfyller kraven enligt 6 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2). Föreskrivna krav på läkarens specialistkompetens vid diabetessjukdom anges i 17 kap. Se www.transportstyrelsen.se/sv/Vag/Trafikmedicin.

☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ BE ☐ Traktor ☐ C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐ Taxi ☐ Kan inte ta ställning

Om patienten söker behörighet C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE eller Taxi, är han eller hon lämplig att inneha sådan behörighet med hänsyn till de körningar och arbetsformer som är aktuella vid sådant innehav? (Se 6 kap. 16 §)

Övriga upplysningar och kommentarer:

ntyget är utskrivet från

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

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

2	0				
---	---	--	--	--	--

Läkarens underskrift

Vårdinrättningens namn

Adress och ort

Namnförtydligande

Telefon

Specialistkompetens

Läkarens signatur:

--

Läkarintyget skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Om intyget gäller enbart taxiförarlegitimation ska det skickas till Transportstyrelsen, 701 98 Örebro.