



ntyget är utskrivet från

Intygs-ID:

TSTRK1007 (U06) 130624  
Sid 2(4)

**Ja    Nej**

- 

### 3. Rörelseorganens funktioner

- 10/10

---

---

---

---

- 10

#### 4. Hjärt- och kärlsjukdomar

- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

---

## 5. Diabetes

- 11

Typ 1

Typ 2

Kost

☐ Tabletter

☐ Insulin

## Neurologiska sjukdomar

- 10/10

## 7. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

- 11

---

---

## 8. Njursjukdomar

- 10/10

## 9. Demens och andra kognitiva störningar

- 10/10

## 10. Sömn- och vakenhetsstörningar

- 10/10



\*10072062\*

Läkarens signatur:

\_\_\_\_\_

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?

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:

|  |
|--|
|  |
|--|

Övriga kommentarer som är relevanta ur trafiksäkerhetssynpunkt.

[illegible]☐ Annat (AM, A1, A2, A, B, BE eller Traktor)

---

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| 2 | 0 |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|

Telefon

☐ AT-läkare

TSTRK1007 (U06) 130624  
Sid 4(4)



\_\_\_\_\_