

Läkarintyget skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Vänligen skriv tydligt

TSTRK1007 (U07) 141003

- vi använder maskinell avläsning.

Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation

Läkarens signatur:

- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

10072061	Sökandens personnummer
	Intyget avser: (markera med X)
Denna blankett ska användas vid förlängd giltighet av högr behörighet, ansökan om körkortstillstånd för grupp II och III och vid ansökan om taxiförarlegitimation.	
Blanketten kan också användas när Transportstyrelsen i andra fall begärt ett läkarintyg. Markera då med kryss enda i rutan under Annat.	Annat State
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 p identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkran ska vara närvar	10:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2): Identiteten får fastställas genom att en oartner eller myndigt barn skriftligen försäkrar att lämnade uppgifter om sökandens ande vid identitetskontrollen och kunna styrka sin egen identitet. ber 2006, pass utfärdat av Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz från och med Illmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m.
Synfunktioner Om någon av frågorna a-c besvaras med ja eller om det bed läkarintyg av ögonspecialist.	döms sannolikt att synfältsdefekter föreligger krävs Ja Ne
a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning en	ligt Donders konfrontationsmetod?
b) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsnin	g av seendet vid nedsatt belysning?
c) Har patienten någon progressiv ögonsjukdom?	
d) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rö	rlighet (prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna)?
e) Förekommer nystagmus?	
anges som 0,0)	den rad som anger synskärpa. Är synskärpan sämre än 0,1 ska den s på tidigare utförd undersökning av bland annat legitimerad optiker. e bedömning).
Utan korrektion * Med korrektion ** Konta	ktlinser Korrektionsglasens styrka
Höger öga ,	Om högsta styrka i något av glasen överskrider plus 8 dioptrier markera då med kryss i ruta
Vänster öga ,	(Intyg om korrektionsglasens styrka måste då bifogas.)
Binokulärt j	
*) Uppgiften är obligatorisk. **) Uppgiften är obligatorisk om före	skriven synskarpa endast uppnas med korrektion.

Söka	ande	ns personnummer (ååååmmddnnnn)		
	2.	Hörsel och balanssinne	Ja	Nej
		a) Har patienten överraskande anfall av balansrubbningar eller yrsel?		
	3.	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: Är rörelseförmågan otillräcklig för att kunna 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?		
		c) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)?		
	5.	Diabetes Har patienten diabetes? Om frågan besvaras med ja, vilken typ?		
	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:		
	8.	Njursjukdomar Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?		
03		Demens och andra kognitiva störningar Finns tecken på sviktande kognitiv funktion?		
TSTRK1007 (U07) 141003 Sid 2(4)	10.	Sömn- och vakenhetsstörningar Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för sömn- eller vakenhetsstörning?		
TSTRK100 Sid 2(4)				

10072062

Läkarens signatur:



Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

Namn- och adressfält:

10072063	

Söl	kanc	lens	per	sonr	numr	mer			

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?		
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?		
	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 (U07) 141003 Sid 3(4)

ndens personnummer (ååååmmddnnnn)	
16. Övrig kommentar Övriga kommentarer som är relevanta ur trafiksäkerh	hetssynpunkt.
Bedömning Patienten uppfyller kraven enligt Transportstyrelsens före körkort m.m. (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TS	eskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av SFS 2013:2) för:
C1 C1E C CE D1 D1E D DE Taxi Kan inte ta ställn	aing Annat (AM, A1, A2, A, B, BE eller Traktor)
Om någon av frågorna har besvarats med ja, ska de krav	v på ytterligare underlag som framgår av föreskrifterna beakt
Patienten bör före ärendets avgörande undersökas av läl	kare med specialistkompetens i:
Intygsdatum (ÅÅÅÅMMDD)	
Intygsdatum (ÅÅÅÅMMDD) 2 0	Läkarens underskrift
1	Läkarens underskrift Namnförtydligande
2 0	Namnförtydligande
2 : 0	

Sidorna 1, 2, 3 och 4 ska signeras!





10072064

