

STRK1007 (U07) 141003
Sid 1(4)

10/10

10/10

3. Rörelseorganens funktioner

10/10

Om frågan besvaras med ja, ange vilken typ av nedsättning eller sjukdom:

11

10/10

10/10

10/10

Om frågan besvaras med ja, vilken typ av sjukdom?

11

□

Typ 2

1

Table

Insulin

Har patienten tablett- eller insulinbehandlad diabetes krävs ett läkarintyg gällande sjukdomen.

11

10

Om frågan besvaras med ja, och det är frågan om annan medvetandestörning, ange när den inträffade och orsak:

10/10

10

10/10

Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter
eller taxiförarlegitimation
- på begäran från Transportstyrelsen

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har patienten vid något tillfälle varit föremål för vårdinsatser för missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om någon av frågorna 11a) eller 11b) besvaras med ja, behövs det provtagning avseende aktuellt bruk av alkohol eller narkotika? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Om provtagning görs ska resultatet redovisas separat.) | | |
| c) Pågår regelbundet läkarordinerat bruk av läkemedel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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?
- ☐ Ja ☐ Nej

13. ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning

- a) Har patienten någon psykisk utvecklingsstörning?
- ☐ Ja ☐ Nej
- b) Har patienten till exempel ADHD, ADD, DAMP, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom?
- ☐ Ja ☐ Nej

14. Sjukhusvård

- Har patienten vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av punkterna 1-13?
- ☐ Ja ☐ Nej

Om frågan besvaras med ja, när?

Vårdinrättningens namn och klinik/er:

För vad?

15. Övrig medicinering

- Har patienten någon stadigvarande medicinering?
- ☐ Ja ☐ Nej

Om frågan besvaras med ja, vilken eller vilka mediciner?

Läkarens signatur:

--

Övriga kommentarer som är relevanta ur trafiksäkerhetssynpunkt.

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

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

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

Telefon

☐ AT-läkare

TSTRK1007 (U07) 141003
Sid 4(4)



10072064

Läkarens signatur: