

Denna blankett är **inte** en ansökan om körkortstillstånd. Den ska användas vid ansökan om förlängd giltighet av högre behörighet och vid ansökan om taxiförarlegitimation. Blanketten kan också användas om du redan har ansökt om körkortstillstånd för någon av behörigheterna C, CE, D eller DE men behöver komplettera denna ansökan.

Obs! Om du endast vill komplettera en ansökan om körkortstillstånd för behörigheterna AM, A1, A, B, BE eller traktorkort ska blanketten *Hälsodeklaration och intyg om synprovning* användas.

Namn- och adressfält:



10072011

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. Jag har förarbehörighet:	Jag söker förarbehörighet:
AM = moped, klass I, A1 = lätt motorcykel, A = motorcykel, B = personbil, lätt lastbil och lätt släpfordon, C = tung lastbil, D = buss, E = tungt släpfordon, Traktor = traktorkort, Taxi = taxiförarlegitimation	

Identiteten är styrkt genom: (ifylls av läkaren)	<input type="checkbox"/> ID-kort <input type="checkbox"/> Svenskt körkort	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom <input type="checkbox"/> Försäkran enligt 18 kap. 4 §	<input type="checkbox"/> Svenskt pass
Försäkran enligt 18 kap 4 § i Vägverkets föreskrifter (VVFS 2008:158): Om godtagbar identitetshandling saknas får identiteten fastställas genom att en förälder, annan vårdnadshavare, make, maka eller sambo skriftligen försäkrar att lämnade uppgifter om sökandens identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkran ska vara närvarande vid identitetskontrollen och kunna styrka sin egen identitet.			

B. Hälsodeklaration (frågor som besvaras av den sökande)

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du någon synrubbing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) synfältsdefekter (till exempel begränsat vidvinkelseende) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) dubbelseende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) nattblindhet (påtagligt sämre syn i mörker) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) annan ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. a) Har du eller har du haft överraskande anfall av balansrubbing eller yrsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har du allvarig hörselnedsättning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du eller har du haft hjärt- och/eller kärlsjukdom, till exempel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) kärlkramp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) rubbningar i hjärtats rytm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) nedsatt klafffunktion (blåsljud på hjärtat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) annan hjärt- eller kärlsjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du eller har du haft någon neurologisk sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. a) Har du någon gång haft epileptiskt anfall eller fått diagnosen epilepsi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har du eller har du haft kramp, svimningar eller andra störningar av medvetandet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du eller har du haft allvarligt nedsatt njurfunktion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Har du demens eller någon kognitiv störning, till exempel störning i uppmärksamhet, omdöme eller minne?
10. Har du eller har du haft någon sjukdom med sömn- eller vakenhetsstörning, till exempel sömnapné, snarksjukdom eller narkolepsi?
11. Har du eller har du haft beroende eller missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel?
12. Har du eller har du haft någon psykisk sjukdom eller störning, till exempel schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom?
13. a) Har du eller har du haft ADHD, DAMP, autismspektrumtillstånd (till exempel Aspergers syndrom) eller Tourettes syndrom?
b) Har du psykisk utvecklingsstörning?

C.

1. Har du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av punkterna B1-13?
När? _____
Vårdinrättningens namn och klinik/er: _____
För vad? _____
2. Behandlas du för närvarande med lugnande eller sömngivande läkemedel eller har du annan långvarig medicinerings för någon av sjukdomarna i punkt B1-13?
Om frågan besvarats med ja, vilken eller vilka mediciner? _____
3. Har du tidigare läkarundersökts i samband med ansökan om körkortstillstånd?
Om frågan besvarats med ja, ange när: _____
4. Övriga upplysningar: _____

Den som uppsåtligt eller av oaktsamhet lämnar oriktiga uppgifter kan dömas till penningböter.

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

Egenhändig namnteckning

Hälsodeklarationen får inte vara äldre än två månader vid ansökan om körkortstillstånd hos Transportstyrelsen.

Läkarintyget (del 1 och del 2) skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örero

Obs! Skickas till Transportstyrelsen,
701 97 Örebro.

Namn- och adressfält:



10072013

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D. Frågor att besvaras av läkaren

Läkaren bör uppmärksamma Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (VVFS 2008:158). Intyget ska utfärdas i enlighet med vad som sägs i 17 kap. och får inte vara äldre än två månader vid ansökan om körkortstillstånd hos Transportstyrelsen.

1. Synfunktioner

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders konfrontationsmetod?
(Om det framkommer uppgifter som föranleder en noggrannare undersökning, t.ex. Goldmann- eller datorperimetri, ska resultatet av denna bifogas). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet (prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Förekommer nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har den undersökte någon progressiv ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Synskärpa (samtliga bokstäver ska kunna läsas på den rad som anger synskärpa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Utan korrektion *	Med korrektion **	Korrektionsglasens styrka **	Kontaktlinser
Höger öga	□,□	□,□	□,□□	□
Vänster öga	□,□	□,□	□,□□	□
Binokulärt	□,□	□,□		

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

OBS! Uppgifterna under 1f) kan grundas på tidigare utförd undersökning av bl.a. legitimerad optiker eller den som är anställd hos optiker eller vid trafikskola och som har genomgått särskild utbildning. Uppgifterna ska då ingå som underlag vid läkarens samlade bedömning.

2. Hörsel och balanssinne

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) För innehav av behörigheter D, DE eller taxi: Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Rörelseorganens funktioner

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner som medför att fordon inte kan köras på ett trafiksäkert sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) För innehav av behörigheter D, DE eller taxi: Är rörelseförmågan otillräcklig för att kunna hjälpa passagerare in i och ut ur fordonet samt med bilbälte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Hjärt- och kärlsjukdomar

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Föreligger hjärt- eller kärlsjukdom som kan medföra en påtaglig risk för att hjärnans funktioner akut försämrats eller som i övrigt innebär en trafiksäkerhetsrisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Läkarens signatur:

5. Diabetes

- a) Har patienten diabetes? Ja Nej
- Om ja, patienten har diabetes typ 1 typ 2
- b) Om patienten har diabetes typ 2, ange behandling: Kost Tabletter Insulin

6. Neurologiska sjukdomar

Finns tecken på neurologisk sjukdom? Ja Nej

7. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

Har eller har patienten haft epilepsi, epileptiskt anfall eller annan medvetandestörning? Ja Nej

8. Njursjukdomar

Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? Ja Nej

9. Demens och andra kognitiva störningar

Finns tecken på sviktande kognitiv funktion? Ja Nej

10. Sömn- och vakenhetsstörningar

Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för sömn- eller vakenhetsstörning? Ja Nej

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? Ja Nej
- Om någon av frågorna 11a) eller 11b) besvaras med ja, ska behovet av provtagning med avseende på aktuellt bruk av alkohol eller narkotika övervägas. Om provtagning görs ska resultatet redovisas.
- c) Pågår regelbundet läkarordinerat bruk av läkemedel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? Ja Nej
- 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 haft till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom? Ja Nej
- b) Har patienten psykisk utvecklingsstörning? Ja Nej

Kommentarer (gäller avsnitten B, C och D): _____

E. Bedömning

Patienten uppfyller kraven enligt Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (VVFS 2008:158) för:

AM A1 A B BE Traktor C CE D DE Taxi Kan inte ta ställning

Om någon av frågorna har besvarats med ja, ska beaktas de krav på ytterligare underlag som framgår av VVFS 2008:158.

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

Nytt läkarintyg ska skickas in om _____ månader _____ år.

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

Adress och ort

Telefon

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Sidorna 3 och 4 ska signeras!

Läkarens signatur: