



Svenska Motorcykel- och Snöskoterförbundet

Södra Promenaden 7
Box 2314
600 02 Norrköping
Telefon: 011-231083
www.svemo.se

Telefax: 011-231081
annelie@svemo.se

Läkarundersökning avseende förarlicens

Innehåll:

1. Personuppgifter (ifylles av föraren).
2. Frågor att ifyllas inför läkaren (ifylles av läkaren).
3. Status (ifylles av läkaren).
4. Anvisningar till läkaren.

Förarens personuppgifter (TEXTA)

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	
E-post adress			
Yrke	Tel. bost.	Tel. arb.	
Läkarundersökningen avser			
Tävlingslicens förare över 55/65 år <input type="checkbox"/>		Engångslicens förare över 55/65 år <input type="checkbox"/>	
Tävlingslicens förare för medicinsk bedömning av annan orsak <input type="checkbox"/>			
Klubbtilhörighet			

Frågor att besvara inför läkaren (Anvisningar för läkaren, sid 4)

Vid jakande svar på någon av nedanstående frågor, var god förtydliga under anmärkningar nedan

	JA	NEJ		JA	NEJ
1. Använder du för närvarande någon medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Luxation (en led som gått ur led)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			av någon kroppsled t.ex. axel, knä el dyl?		
2. Din ansvarige läkare på hemorten			16. Allvarlig kroppsskada som t. ex föranlett		
Namn			operation, gips el. dyligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plats			17. Rygg/nackbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon					
Har du eller har haft:	JA	NEJ			
3. Hjärt/kärlsjukdom/-besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lungsjukdom/andningsbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Ögonsjukdom/skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Använder du glasögon/kontaktlinser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endokrin sjukdom, t ex diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Nervösa, psykiska problem (ångest,		
7. Mag- eller tarmsjukdom/-besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cellskräck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neurologisk sjukdom, t.ex epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kramper, svimning, yrsel, medvetanderubbning? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du någon gång:		
10. Blodbrist eller blodsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Legat på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sjukdom i skelett, muskler eller leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Varit i kontakt med nykterhetsvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hjärnskakning/skallskada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Bråck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JA	NEJ
14. Annan sjukdom eller symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Kan du springa obehindrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			26. Känner du dig helt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plats för anmärkningar. Notera nummer enligt ovan

Härmed försäkras på heder och samvete att här lämnade uppgifter av mig har efter bästa förstånd angivits fullt sanningsenligt.

Ort och datum

Egenhändig namnteckning

Jag medgiver att Svenska Motorcykel- och Snöskoterförbundets förbundsläkare får ta del av mina sjukjournaler och andra medicinska handlingar om så anses befogat.

Ort och datum

Egenhändig namnteckning

STATUS

1. AT
2. Muskler..... Leder
- Extremiteter Rygg/nacke
- Längd Vikt

Funktionella test:

Styrka, klarar uppstigning på stol med ett ben i taget (steptest)

Vä Hö Anmärkning

Rörlighet, huksittande (fot-, knä, höftled)

Vä Hö Anmärkning

Rörlighet, axlar 180° elevation (händerna framåt, uppåt)

Vä Hö Anmärkning

Rörlighet, axlar inåtrotation (kan lägga handryggen över sacrum)

Vä Hö Anmärkning

3. Pulm, fys us
4. Cor fys us
5. Blodtryck _____ Vilopuls _____
6. EKG (ålder > 50 år)
7. Ögon, synfält grovt provade
8. Bräck _____
9. Synskärpa

- Har glasögon för ständigt bruk
- Tillfälligt (läsglas) bruk
- Kontaktlinser

	Utan korr	Med korr
Binokulärt		
Hö öga		
Vä öga		

10. Neurologi: (inkl. Romberg, finger-näs)
11. Psyke

LAB: Hb **Urin:** glykos protein

Kompletterande undersökningar

Anmärkning _____

Godkänd Icke godkänd

Ort och datum

Läkarens namnteckning och stämpel, adress och telefon

Förbunds läkarens noteringar: _____

Anvisningar till läkaren

Allmänna hälsokrav för föraren.

Den som avser att ta tävlingslicens skall vara fri från sjukdom eller skada som kan utgöra risk för såväl föraren själv som andra tävlande.

Tillbud kan uppstå på grund av att sinnen inte fungerar tillfredsställande till exempel dålig syn, hörsel, problem i rörelseapparaten eller om medvetandet kan försämrats.

Med anledning av de speciella fysiska och fysiologiska förhållanden som gäller vid Motorcykel- och Snöskotersport är kraven strängare än för andra sporter och läkarundersökningen är av stor vikt.

Vid frågor kan förbundsläkaren kontaktas via SVEMO, maila licensansvarig annelie@svemo.se.

Komplettera gärna läkarundersökningen med andra prover, undersökningar eller annat om anamnes eller status lämnar oklarheter.

Tack

Med Vänlig Hälsning

Licensavdelningen

