

# LÄKARINTYG

avseende körkortsbehörigheterna C, CE, D, DE eller taxiförarlegitimation.

Blanketten kan även användas för behörigheterna A, A1, B, BE och traktorkort.

Intyget ska skickas till länsstyrelsen

<p><b>A.</b> <b>Innehar förarbehörighet</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Grupp I</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Grupp II</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Grupp III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> AM   <input type="checkbox"/> A1   <input type="checkbox"/> A   <input type="checkbox"/> B   <input type="checkbox"/> BE   <input type="checkbox"/> Traktor         </td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> C   <input type="checkbox"/> CE         </td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> DE   <input type="checkbox"/> Taxi         </td> </tr> </table> <p><b>Ansöker om förarbehörighet</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Grupp I</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Grupp II</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Grupp III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> AM   <input type="checkbox"/> A1   <input type="checkbox"/> A   <input type="checkbox"/> B   <input type="checkbox"/> BE   <input type="checkbox"/> Traktor         </td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> C   <input type="checkbox"/> CE         </td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> DE   <input type="checkbox"/> Taxi         </td> </tr> </table> <p>AM=moped klass I, A1=lätt motorcykel, A= motorcykel, B=personbil, lätt lastbil, lätt släpfordon, C=tung lastbil, D=buss, E=tungt släpfordon, Traktor=traktorkort, Taxi=taxiförarlegitimation</p>	Grupp I	Grupp II	Grupp III	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi	Grupp I	Grupp II	Grupp III	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi	<p><b>B. Personuppgifter</b></p> <p>Personnr: .....</p> <p>Namn: .....</p> <p>Adress: .....</p> <p>.....</p> <p>Telefon: .....</p> <p>Identiteten styrkt genom:    <input type="checkbox"/> ID-kort                      <input type="checkbox"/> Personlig kännedom  <input type="checkbox"/> Svenskt körkort            <input type="checkbox"/> Försäkran enligt  <input type="checkbox"/> Svenskt pass                      18 kap. 4 §</p>
Grupp I	Grupp II	Grupp III											
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi											
Grupp I	Grupp II	Grupp III											
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi											

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.

## Hälsodeklaration - frågor att besvaras av den sökande

### C.

1. Har du någon synrubbing, t.ex.
 

a) nedsatt synskärpa .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
b) ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus) .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
c) synfältsdefekter (t.ex. begränsat vidvinkelseende) .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
d) dubbelseende .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
e) nattblindhet (påtagligt sämre syn i mörker) .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
f) annan ögonsjukdom .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. a) Har du eller har du haft överraskande anfall av balansrubbing eller yrsel? .....
- b) Har du allvarlig hörselnedsättning? .....
3. Har du någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner? .....
4. Har du eller har du haft hjärt- och/eller kärlsjukdom, t.ex.
 

a) stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan) .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
b) kärlkramp .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
c) hjärtinfarkt .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
d) rubbningar av hjärtats rytm .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
e) nedsatt klafffunktion (blåsljud på hjärtat) .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
f) annan hjärt- eller kärlsjukdom .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5. Har du diabetes? .....
6. Har du eller har du haft någon neurologisk sjukdom? .....
7. a) Har du någon gång haft epileptiskt anfall eller fått diagnosen epilepsi? .....
- b) Har du eller har du haft kramper, svimningar eller andra störningar av medvetandet? .....
8. Har du eller har du haft allvarligt nedsatt njurfunktion? .....

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

**D.**

1. Har du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av ovanstående (punkterna C 1-13)? .....  Ja  Nej

När? \_\_\_\_\_

Vårdinrättningens namn och klinik/er: \_\_\_\_\_

För vad? \_\_\_\_\_

2. Behandlas du för närvarande med lugnande eller sömngivande läkemedel eller har du annan långvarig medicinering för någon av ovanstående sjukdomar (punkterna C 1-13)?.....  Ja  Nej

Om frågan besvarats med ja, vilken eller vilka mediciner?

\_\_\_\_\_

3. Har du tidigare läkarundersökts i samband med ansökan om körkortstillstånd?.....  Ja  Nej

Om frågan besvarats med ja, ange när:

\_\_\_\_\_

4. Övriga upplysningar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Härmed försäkras att de uppgifter jag lämnat har avgetts helt sanningsenligt.


**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 länsstyrelsen.

**E.**
**1. Synfunktioner**

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

	Utan korrektion*	Med korrektion**	Korrektionsglasens styrka**	Kontaktlinser
Höger öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	_____	_____		

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

**OBS! Uppgifterna under 1 f) 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? .....  Ja  Nej
- b) För innehav i grupp III: Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)? .....  Ja  Nej

**3. Rörelseorganens funktioner**

- a) Har patienten någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner som medför att fordon inte kan köras på ett trafiksäkert sätt? .....  Ja  Nej
- b) För innehav i grupp III: Är rörelseförmågan otillräcklig för att kunna hjälpa passagerare in i och ut ur fordonet samt med bilbälte? .....  Ja  Nej

**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?.....  Ja  Nej
- b) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)? .....  Ja  Nej
- c) Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet? .....  Ja  Nej

**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  Nejb) Har patienten vid något tillfälle varit föremål för vårdinsatser för missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel? .....  Ja  Nej

Om någon av frågorna 11 a) eller 11 b) 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, t.ex. schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom? .....  Ja  Nej**13. ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning**a) Har patienten haft t.ex. ADHD, DAMP, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom? .....  Ja  Nejb) Har patienten psykisk utvecklingsstörning? .....  Ja  NejKommentarer (gäller avsnitten C, D och E): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**F. Bedömning**

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

Grupp I						Grupp II		Grupp III			<input type="checkbox"/> Kan ej ta ställning
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi	

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 bör ges in om \_\_\_\_\_ månader \_\_\_\_\_ år

Ort och datum \_\_\_\_\_

Läkarens underskrift \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Sidorna 3 och 4 ska signeras!**