

Ifylld blankett skickas till  
Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Namn- och adressfält



80712011

Sökandens personnummer

Intyg för körkort och taxiförarlegitimation ska avges med beaktande av vad som anges i 1–15 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (medicinföreskrifterna)

### Intyget avser

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körkortstillstånd grupp II (C1 C1E C CE)                     | <input type="checkbox"/> Förlängning av högre behörighet (C1 C1E C CE)             |   |
| <input type="checkbox"/> Körkortstillstånd grupp II och III (C1 C1E C CE D1 D1E D DE) | <input type="checkbox"/> Förlängning av högre behörighet (C1 C1E C CE D1 D1E D DE) |   |
| <input type="checkbox"/> Utbyte av utländskt körkort                                  | <input type="checkbox"/> Taxiförarlegitimation                                     | <input type="checkbox"/> Intyget lämnas efter begäran av Transportstyrelsen |

### Intyget är baserat på

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Undersökning av personen | <input type="checkbox"/> Journaluppgifter | <input type="checkbox"/> Distanskontakt |
|---|---|---|

Datum för undersökning/kontakt: \_\_\_\_\_

### Identiteten styrkt genom

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ID kort*           | <input type="checkbox"/> Företagskort eller tjänstekort** | <input type="checkbox"/> Svenskt körkort |
| <input type="checkbox"/> Personlig kännedom | <input type="checkbox"/> Försäkran enligt 18 kap 4 § ***  | <input type="checkbox"/> Pass****        |

\* SIS-märkt ID-kort, svenskt nationellt ID-kort eller ID-kort utfärdat av Skatteverket.

\*\* SIS-märkt företagskort eller tjänstekort.

\*\*\* Försäkran enligt 18 kap 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125). Identiteten får fastställas genom att en förälder, annan vårdnadshavare, make, maka eller sambo, registrerad partner eller myndigt barn skriftligen försäkras 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.

\*\*\*\* EU-pass och pass utfärdat av Färöarna, Förenade kungariket, Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz.

## 1. Synfunktioner

Intyg om synfunktioner kommer att skickas in av legitimerad optiker

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Om ja, gå vidare till fråga 2

### 1.1 Synskärpa

a.) Synskärpa utan korrektion

Höger öga	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>

b.) Uppgifter om synskärpa med korrektion, om det vid undersökningen behövs korrektion för att uppfylla kraven i 2 kap. 1 eller 2 §§ medicinföreskrifterna:

Höger öga	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>



80712012

Sökandens personnummer

Frågor som ska besvaras om korrigerig behövs för att uppnå kraven för synskärpa enligt 2 kap. 2 § (gäller bara behörigheterna för lastbil och buss (C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE) och taxiförarlegitimation):

c.) Korrigerig av synskärpa genom: <input type="checkbox"/> Glasögon och <i>inget</i> av glasen har en styrka över plus 8 dioptrier i den mest brytande meridianen	<input type="checkbox"/> Glasögon och något av glasen har en styrka över plus 8 dioptrier i den mest brytande meridianen	<input type="checkbox"/> Kontaktlinser
Tolereras korrektingen väl? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tolereras korrektingen väl? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tolereras korrektingen väl? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### 1.2 Anamnesfrågor

a) Finns uppgift om ögonsjukdom eller synnedsättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Exempel på vanligt förekommande ögonsjukdomar är glaukom, retinopati och retinitis pigmentosa. Exempel på synnedsättning kan vara dubbelseende, syn med enbart ett öga eller plötsligt nedsatt synskärpa.</i>
Om ja, vilken sjukdom/synnedsättning?
b.) Finns uppgift om annan sjukdomshistorik eller andra omständigheter som kan indikera påverkan på synfunktionerna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vad? <i>Exempel på sjukdomshistorik och andra omständigheter som kan påverka synfunktionerna är stroke och laserbehandling av retinopati. Det kan också vara skalltrauma, hjärntumör eller prematur födsel som är av sådan grad att den kan ha påverkan på synfältet.</i>

### 2. Balanssinne

Har personen överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ange vilken typ av anfall och tidpunkt för senaste anfall. <i>Här avses överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel som inträffat nyligen och krävt läkarkontakt, exempelvis vid sjukdomen Morbus Menière. Balansrubbingar eller yrsel som beror på till exempel godartad lägesyrsel (kristallsjuka), lågt blodtryck eller migrän behöver inte anges.</i>

### 3. Hörsel

Fråga 3 gäller bara för körkort för bussbehörigheter (D1, D1E, D och DE) och taxiförarlegitimation. Om personen inte har eller söker körkort för bussbehörigheter eller taxiförarlegitimation behöver inte frågan besvaras, utan gå vidare till fråga 4

a) Har personen svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b) Behöver hörapparat användas? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om personen behöver använda hörapparat, ange på vilket öra eller om hörapparat används på båda öronen: <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Båda öronen

## Läkarintyg

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran av Transportstyrelsen

Namn- och adressfält



80712013

Sökandens personnummer

### 4. Rörelseorganens funktioner

- a) Har personen någon sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar rörligheten och som medför att fordon inte kan köras på ett trafiksäkert sätt?  Ja  Nej

Om ja, ange nedsättning eller sjukdom.

*Här avses till exempel nedsättningar av rörelseförmågan till följd av trauma, amputation, ryggmärgsskada, stroke eller annan sjukdom.*

*Fråga b gäller bara för körkort för bussbehörigheter (D1, D1E, D och DE) och taxiförarlegitimation.*

- b) Har personen en nedsättning av rörelseförmågan som gör att personen inte kan hjälpa passagerare in och ut ur fordonet samt med bilbälte?  Ja  Nej

### 5. Hjärt- och kärlsjukdomar

- Har eller har personen haft någon hjärt- eller kärlsjukdom?  Ja  Nej

Om frågan bevaras med nej behöver frågorna 5a-5e inte besvaras.

- a) Om ja, ange vilken sjukdom

- b) Är tillståndet behandlat?  Ja  Nej

Om ja, när och hur?

- c) Har personen eller har personen haft någon arytm?  Ja  Nej

*Här avses inte välbehandlat förmaksflimmer utan synkope.*

Om ja, ange tidpunkt.

- d) Har personen haft en synkope?  Ja  Nej

*Med synkope avses här sådan som är utlöst av arytm men även situationsutlöst synkope (till följd av exempelvis hosta, nysning, skrott eller ansträngning) och reflexsynkope (vasovagal synkope) som exempelvis utlösts av rädsla eller smärta.*



80712014

Sökandens personnummer

Om ja, ange tidpunkt.

e) Har personen haft stroke eller finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet?

 Ja Nej

Om stroke förekommit, har den inträffat i/påverkat syncentrum (occipitalloben eller synnerven)?

 Ja Nej Vet ej

## 6. Diabetes

Har personen läkemedelsbehandlad diabetes?

 Ja Nej

*Har personen läkemedelsbehandlad diabetes krävs ett läkarintyg gällande sjukdomen. Blankett för detta finns på Transportstyrelsens hemsida. Intyget går även att skicka in elektroniskt.*

## 7. Neurologiska sjukdomar

Har personen någon neurologisk sjukdom eller finns tecken på neurologisk sjukdom?

 Ja Nej

*Med neurologisk sjukdom avses även medfödda och tidigt förvärvade skador i nervsystemet som lett till begränsad rörelseförmåga och där behov av hjälpmedel för anpassat fordon föreligger.*

Om ja, vilken sjukdom och vilka tecken?

## 8. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

a) Har eller har personen haft epilepsi?

 Ja Nej

Om ja, ange tidpunkt för senaste epileptiska anfall.

b) Har eller har personen haft epileptiskt anfall (utan att diagnosen epilepsi har ställts)?

 Ja Nej

Om ja, ange tidpunkt för senaste epileptiska anfall.

*Om fråga a) eller b) besvarats med ja, ska fråga c) besvaras. Om fråga a) och b) besvarats med nej, gå vidare till fråga d).*

 Ja Nej

c) Har eller har personen haft någon krampförebyggande läkemedelsbehandling mot epilepsi?

Om ja, ange vilket läkemedel.

**Läkarintyg**

- avseende högre körkortsbehörigheter  
eller taxiförarlegitimation  
- på begäran av Transportstyrelsen

Namn- och adressfält



80712015

Sökandens personnummer

Om läkemedelsbehandling har avslutats, ange tidpunkt.

d) Har eller har personen haft någon annan medvetandestörning?

 Ja Nej

Om ja, ange tidpunkt.

**9. Allvarlig nedsatt njurfunktion och njursjukdomar**

a) Har personen allvarligt nedsatt njurfunktion?

 Ja Nej*Här avses inte tillstånd med bara lätt eller måttligt nedsatt njurfunktion som inte innebär någon trafiksäkerhetsrisk.*

b) Har njurtransplantation genomgåts?

 Ja Nej

Om ja, ange tidpunkt för transplantationen

**10. Demens och andra kognitiva störningar**

a) Har personen diagnos allvarlig kognitiv störning?

 Ja Nej

b) Har personen diagnos demens eller annan kognitiv störning eller finns tecken på demens eller andra kognitiva störningar?

 Ja Nej*Med demens avses diagnos ställd utifrån vedertagen praxis eller utifrån de kriterier som anges i DSM-IV, DSM-V eller ICD-10. Med kognitiv störning avses kognitiv störning/svikt som inte är demens.*

Om ja, ange vilka tecken, eventuell diagnos och grad? (Med grader avses lindrig, måttlig/medelsvår eller grav/allvarlig.)

**11. Sömn och vakenhetsstörningar**

a) Har personen en sömn- eller vakenhetsstörning eller symtom på sådan problematik?

 Ja Nej*Här avses sömnapné och narkolepsi. Här avses även snarksjukdom som kan utgöra en trafiksäkerhetsrisk och annan sjukdom med sömnstörning. Insomningsbesvär som läkemedel behandlas och inte utgör en trafiksäkerhetsrisk omfattas inte.*

Om ja, vilken diagnos/vilka symtom?



80712016

Sökandens personnummer

b) Förekommer behandling mot sömn- och vakenhetsstörning?

 Ja Nej

*Här avses behandling för sömnapné med så väl bettskena eller annat hjälpmedel för andning såsom exempelvis CPAP, BiPAP eller APAP. Här avses även läkemedel för narkolepsi eller narkotikaklassade läkemedel för annan sömn- eller vakenhetsstörning.*

## 12. Alkohol, och narkotika och läkemedel

a) Har personen eller har personen haft en diagnos missbruk, beroende eller substansbrukssyndrom?

 Ja Nej

Om ja, vilken diagnos, tidpunkt för när diagnosen ställdes och för vilken/vilka substanser?

b) Finns journaluppgifter, anamnestiska uppgifter, resultat av laboratorieprover eller andra tecken på pågående skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel?

 Ja Nej

*Här avses uppgifter om eller tecken på beroende av psykoaktiv substans oavsett när i tid detta förekommit. Här avses också uppgifter om eller tecken på aktuellt skadligt bruk eller missbruk under de senaste tolv månaderna.*

Om ja, ange vilka uppgifter eller tecken och när i tid det gäller.

Om provtagning har gjorts ska resultatet redovisas nedan.  
Ange datum för provtagning och resultat.

c) Har personen vid något tillfälle vårdats eller sökt hjälp för missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel?

 Ja Nej

*Här avses exempelvis stödinsatser som vård på behandlingshem, tvångsvård eller deltagande i substitutionsbehandlingsprogram såsom LARO. Beskriv vilken typ av insats det rör sig om.*

Om ja, ange vilken form av hjälp eller vård och när det var. Beskriv vilken typ av insats det rör sig om.

d) Pågår läkarordinerat bruk av läkemedel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?

 Ja Nej

*Här avses pågående läkarordinerat bruk av främst psykoaktiva substanser men även substanser som inte är av psykoaktivt slag men som kan påverka förmågan att framföra fordon. Ledning hittas i 12 kap. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för körkort m.m.*

Om ja, ange läkemedel och ordinerad dos:

**Läkarintyg**

- avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation
- på begäran av Transportstyrelsen

Namn- och adressfält



80712017

Sökandens personnummer

**13. Psykiska sjukdomar och störningar**

- a) Har personen eller har personen haft psykisk sjukdom eller störning, till exempel schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom?  Ja  Nej

*Här avses sjukdomar och störningar som kan påverka beteendet, så att det kan utgöra en trafiksäkerhetsrisk. Med sjukdomar avses exempelvis schizofreni, annan psykos eller affektiva syndrom såsom bipolär sjukdom. Med störningar avses exempelvis olika personlighetsstörningar såsom paranoid, antisocial, narcissistisk eller emotionellt instabil personlighetsstörning och schizotyp personlighetsstörning.*

*I normalfallet medför paniksyndrom, utmattningssyndrom, ångest (PTSD), generaliserat ångestsyndrom (GAD), årstidsbundna depressioner inte en trafiksäkerhetsrisk och behöver i sådant fall inte anges.*

Om ja, vilken sjukdom eller störning?

- b) När hade personen senast läkarkontakt med anledning av sin diagnos?  
Ange tidpunkt.

**14. ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning**

- a) Har personen någon neuropsykiatrisk funktionsnedsättning till exempel ADHD, ADD, DCD, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom?  Ja  Nej

*Om nej, gå direkt till fråga 14 b).*

- Bedöms tillståndet utgöra en trafiksäkerhetsrisk?  Ja  Nej

*Vid denna bedömning ska störningar av impuls kontroll, koncentrationsförmåga, uppmärksamhet och omdöme samt tvångsmässig fixering beaktas. Bedömningen ska göras mot bakgrund av funktionsnedsättningens konsekvenser för det dagliga livet, förekomst av beroende, missbruk eller överkonsumtion av alkohol, narkotika eller annan substans som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon, förmåga att följa regler och förstå andras beteenden i trafiken samt kriminalitet.*

När hade personen senast läkarkontakt med anledning av sin diagnos?  
Ange tidpunkt.

- Har personen någon läkemedelsbehandling?  Ja  Nej

Om ja, vilket/vilka läkemedel?



80712018

Sökandens personnummer

b) Har personen någon psykisk utvecklingsstörning?

 Ja Nej

Om ja, är det en allvarlig psykisk utvecklingsstörning?

*Med allvarlig psykisk utvecklingsstörning avses mental retardation enligt DSM-IV. Det avser även grav, svår eller medelsvår psykisk utvecklingsstörning enligt ICD-10. Intellektuell funktionsnedsättning enligt DSM-5 av djupgående, svår eller måttlig grad är att jämställa med ovan.*

### 15. Övrig medicinering

Har personen någon stadigvarande medicinering som inte nämnts i något avsnitt ovan (1-14)?

 Ja Nej

Om ja, vilken eller vilka mediciner?

*Du behöver inte ange p-piller, vitamintillskott eller behandling mot hudsjukdomar. Inte heller medicin mot allergi, astma, mage/tarm exempelvis magkatarr, gikt, KOL, förstörd prostata, impotens eller nedsatt funktion i sköldkörteln.*

### 16. Övrig kommentar

Övriga upplysningar som är relevanta ur trafiksäkerhetssynpunkt. Även exempelvis synpunkter/förslag om att personen bör genomgå ytterligare medicinsk utredning och orsak till detta.

### Bedömning

Utifrån Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. bedöms personen ha en sjukdom eller medicinskt tillstånd som innebär en trafiksäkerhetsrisk?

 Ja Nej Kan inte ta ställning

Om du bedömer att det finns en risk, ange orsaken till detta.

Om du svarat "Kan inte ta ställning" ovan, ange orsaken till detta.

### Underskrift

Intygsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Vårdinrättningens namn

Telefon

Adress

Ort

Läkares underskrift

Namnförtydligande

Specialistkompetens