

# Läkarintyg

## alkohol, narkotika och läkemedel avseende lämpligheten att inneha körkort m.m.

Skickas till Transportstyrelsen,  
701 97 Örebro

Namn- och adressfält:

För intyg avseende körkort med villkor om alkohol,  
se särskilda blanketter på transportstyrelsen.se



\*10302021\*

Personnummer

### Intyget avser

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AM                       | A1                       | A2                       | A                        | B                        | BE                       | Traktor                  | C1                       | C1E                      | C                        | CE                       | D1                       | D1E                      | D                        | DE                       | Taxi                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AM = moped klass I, A1 = lätt motorcykel, A2 = mellanstor motorcykel, A = motorcykel, B = personbil och lätt lastbil,  
C1 = medeltung lastbil, C = tung lastbil, D1 = mellanstor buss, D = buss, E = tungt släpfordon

Identiteten är styrkt genom: (ifylls av läkaren)

ID-kort \*    Företagskort eller tjänstekort \*\*    Svenskt körkort    Personlig kännedom    Försäkrans enligt 18 kap. 4 § \*\*\*    Pass \*\*\*\*

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

\*\* SIS-märkt företagskort eller tjänstekort.

\*\*\* Försäkrans enligt 18 kap 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. 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 försäkrans ska vara närvarande vid identitetskontrollen och kunna styrka sin egen identitet.

\*\*\*\* Svenskt EU-pass, annat EU-pass utfärdade från och med den 1 september 2006, pass utfärdat av Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz från och med den 1 september 2006.

1. Undertecknad har träffat patienten \_\_\_\_\_ gånger under tiden \_\_\_\_\_

Patienten har haft kontakt med denna vårdinrättning under tiden \_\_\_\_\_

2. Patienten har uteblivit från planerade läkarbesök \_\_\_\_\_ gånger under denna tid.

Eventuell kommentar \_\_\_\_\_

3. Patienten har tackat nej till och/eller uteblivit från planerade provtagningar \_\_\_\_\_ gånger under denna period.

Eventuell kommentar: \_\_\_\_\_

4. Undertecknad har haft tillgång till Transportstyrelsens handlingar \_\_\_\_\_

Dessa handlingar kan ge information om tidigare medicinsk utredning, omhändertagande enligt lagen om berusade personer (LOB), alkohol- och drogrelaterad brottslighet, körkortsåterkallelser och social utredning.

### 5. Anamnesuppgifter

a. Har patienten någon gång vårdats på sjukhus, behandlingshem eller i öppenvård under diagnosen **beroende** av alkohol, narkotika eller läkemedel? \_\_\_\_\_

När? \_\_\_\_\_

b. Har patienten någon gång vårdats på sjukhus, behandlingshem eller i öppenvård under diagnosen **missbruk** av alkohol, narkotika eller läkemedel? \_\_\_\_\_

När? \_\_\_\_\_

c. Har patienten vårdats enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)? \_\_\_\_\_

När? \_\_\_\_\_

d. Har patienten vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)? \_\_\_\_\_

När och under vilken diagnos? \_\_\_\_\_

**Ja Nej**

Läkarens signatur:

Sid 1/8

Fortsätt på nästa sida



\*10302022\*

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

.....

**Fortsättning 5. Anamnesuppgifter**

**Ja Nej**

- e. Har patienten vårdats enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)? .....    
 När och under vilken diagnos? \_\_\_\_\_
- f. Har patienten under de senaste sex månaderna varit intagen på kriminalvårdsanstalt, behandlingshem eller motsvarande? .....
- g. Har patienten någon gång behandlats med aversionsmedel (till exempel Antabus, Dipsan) eller andra läkemedel (till exempel Campral, Revia)? .....    
 När och med vilket läkemedel? \_\_\_\_\_
- h. Har patienten någon gång deltagit i behandlingsprogram avseende alkohol, narkotika eller läkemedel? .....    
 När? \_\_\_\_\_

**6. Substansberoende (kriterier enligt DSM-IV)**

Framkommer anamnestiska uppgifter om ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolv-månadersperiod:

- a. **tolerans**, definierat som behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt eller påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen? .....
- b. **abstinens**, vilket visar sig i abstinenssymptom eller att substansen intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom? .....
- c. att substansen ofta används i större mängd eller under en längre period än vad som avsetts? .....
- d. att det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket? .....
- e. att mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen eller hämta sig från substansbrukets effekter? .....
- f. att viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktivitet överges eller minskas på grund av substansbruket? .....
- g. att bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen? .....

**Sammanfattning:**

**Observera att diagnosen beroende ska ställas om minst tre kriterier under avsnitt 6 har uppfyllts under en och samma tolv månadersperiod.**

- h. Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna i DSM-IV för att få diagnosen beroende? .....    
 Om ja, för vilka substanser? \_\_\_\_\_

**7. Missbruk (7a-7d avser kriterier enligt DSM-IV)**

Framkommer anamnestiska uppgifter om ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

- a. upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (till exempel substansrelaterad upprepat arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer, substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola, substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)? .....
- b. upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (till exempel substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)? .....
- c. upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (till exempel att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)? .....
- d. fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (till exempel slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning)? .....    
*Särskilt kriterium enligt Transportstyrelsens föreskrifter.*
- e. ett substansbruk som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt? .....

TSTRK 1030 (U10) 161013

Läkarens signatur:

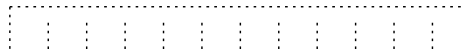
.....





\*10302024\*

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)



## Kommentarer till 9. Uppgifter om andra medicinska förhållanden

## 10. Laboratorieprover (alternativt bifogas kopia av laboratorielista)

**Observera att alla uppgifter ska redovisas.**

Lägsta antal provtagningar gällande blod, urin och hår samt föreskrivet intervall mellan dessa framgår av Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m, eller om annat föreskrivits, förelagts eller beslutats av Transportstyrelsen.

- **Kallelse till provtagning ska ske med kort varsel.** Det innebär att blodprov bör lämnas inom några dagar efter att kallelse till provtagning skett.
- **Samtliga prover ska analyseras av ackrediterat laboratorium.**
- **Underlåtenhet att komma till provtagning ska redovisas i läkarintyget.**

**OBS!** Referensområdet för blodprover ska anges. Provresultat över referensområdet ska bedömas och kommenteras.

Det finns möjlighet att redovisa upp till 8 provtagningstillfällen per alkoholmarkör i blanketten. Ytterligare provtagningstillfällen redovisas separat.

| a. Blodprover<br>Obligatoriska markörer         |                       | Analysvärde |       |       |       |
|---|-----------------------|-------------|-------|-------|-------|
|   |                       | Datum       | Datum | Datum | Datum |
| <b>Analys</b>                                   | <b>Referensområde</b> |             |       |       |       |
| CDT   | %                     |             |       |       |       |
| GT  | µkat/l                |             |       |       |       |
| Kallelse med kort varsel<br>(markera med kryss) |                       |             |       |       |       |
|   |                       | Datum       | Datum | Datum | Datum |
| <b>Analys</b>                                   | <b>Referensområde</b> |             |       |       |       |
| CDT   | %                     |             |       |       |       |
| GT  | µkat/l                |             |       |       |       |
| Kallelse med kort varsel<br>(markera med kryss) |                       |             |       |       |       |

| Icke obligatoriska markörer                     |                       | Analysvärde |       |       |       |
|---|-----------------------|-------------|-------|-------|-------|
|   |                       | Datum       | Datum | Datum | Datum |
| <b>Analys</b>                                   | <b>Referensområde</b> |             |       |       |       |
| MCV   | fL                    |             |       |       |       |
| ASAT  | µkat/l                |             |       |       |       |
| ALAT  | µkat/l                |             |       |       |       |
| PEth  | µmol/l                |             |       |       |       |
| Kallelse med kort varsel<br>(markera med kryss) |                       |             |       |       |       |
|   |                       | Datum       | Datum | Datum | Datum |
| <b>Analys</b>                                   | <b>Referensområde</b> |             |       |       |       |
| MCV   | fL                    |             |       |       |       |
| ASAT  | µkat/l                |             |       |       |       |
| ALAT  | µkat/l                |             |       |       |       |
| PEth  | µmol/l                |             |       |       |       |
| Kallelse med kort varsel<br>(markera med kryss) |                       |             |       |       |       |

TSTRK 1030 (U10) 161013

Läkarens signatur:

Sid 4/8

Fortsätt på nästa sida

Skickas till Transportstyrelsen,  
701 97 Örebro

## Läkarintyg alkohol, narkotika och läkemedel avseende lämpligheten att inneha körkort m.m.

Namn- och adressfält:



\*10302025\*

Personnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Kommentarer till Blodprover

- **Kallelse till provtagning ska ske med kort varsel.** Det innebär att urinprov bör lämnas senast dagen efter att kallelse till provtagning skett.
- **Provtagningen ska vara övervakad.**
- **Samtliga prover ska analyseras av ackrediterat laboratorium.** Provtagning i körkortsärenden får inte ske genom snabbtest t.ex. i form av urinstickor.
- **Kreatinivärdet i urin ska redovisas.** Urinprov med kreatinivärde under referensvärdet kan inte ligga till grund för verifiering av nykterhet.
- **Underlåtenhet att komma till provtagning ska redovisas i läkarintyget.**

**Obs!** Läkemedelsintag ska redovisas och kommenteras före urinprovstagning.

Det finns möjlighet att redovisa upp till 12 provtagningstillfällen per substans i blanketten, se även nästa sida. Ytterligare provtagningstillfällen redovisas separat.

| b. Urinprover                                   | Datum           |                        | Datum           |                        | Datum           |                        | Datum           |                        | Datum           |                        | Datum           |                        |
|---|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|
|   | Ej på-<br>visat | Positivt<br>verifierat | Ej på-<br>visat | Positivt<br>verifierat | Ej på-<br>visat | Positivt<br>verifierat | Ej på-<br>visat | Positivt<br>verifierat | Ej på-<br>visat | Positivt<br>verifierat | Ej på-<br>visat | Positivt<br>verifierat |
| U-Amfetaminer                                   |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| U-Bensodiazepiner                               |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| U-Cannabinoider                                 |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| U-Kokain  |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| U-Opiater                                       |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| Annan substans                                  |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| Övervakat prov<br>(markera med kryss)           |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
| Kallelse med kort varsel<br>(markera med kryss) |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |
|   | Nej             | Ja                     | Nej             | Ja                     | Nej             | Ja                     | Nej             | Ja                     | Nej             | Ja                     | Nej             | Ja                     |
| Kreatinivärde <u>under</u><br>ref. värdet       |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |                 |                        |

Fortsättning urinprover, se nästa sida.

Läkarens signatur:

|  |
|--|
|  |
|--|

Sid 5/8

Fortsätt på nästa sida



\*10302026\*

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

## Fortsättning 10. Laboratorieprover

| b. Urinprover                                | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     |
|--|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|
|  | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat |
| U-Amfetaminer                                |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| U-Bensodiazepiner                            |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| U-Cannabinoider                              |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| U-Kokain                                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| U-Opiater                                    |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Annan substans                               |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Övervakat prov (markera med kryss)           |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Kallelse med kort varsel (markera med kryss) |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
|  | Nej        | Ja                  | Nej        | Ja                  | Nej        | Ja                  | Nej        | Ja                  | Nej        | Ja                  | Nej        | Ja                  |
| Kreatinivärde <u>under</u> ref. värdet       |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |

OBS! Om substans påvisats vid screeninganalys ska verifikationsanalys utföras. Verifierad förekomst av substans i urin ska bedömas och kommenteras. Om annan substans påvisats ska kopia av analysvaret bifogas.

Kommentarer: \_\_\_\_\_

| c. Hårprover    | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     | Datum      |                     |
|-----------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|
|                 | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat | Ej påvisat | Positivt verifierat |
| Amfetamin       |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Bensodiazepiner |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Cannabinoider   |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Kokain          |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Opiater         |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |
| Annan substans  |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |            |                     |

OBS! Om substans påvisats vid screeninganalys ska verifikationsanalys utföras. Verifierad förekomst av substans i hår ska bedömas och kommenteras. Om annan substans påvisats ska kopia av analysvaret bifogas.

Kommentarer: \_\_\_\_\_

d. Provtagning av annan substans än den/de som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet har ansetts nödvändig.

Se 13 kap. 2 § Allmänna råd.....

Om ja, ange vilken/vilka substans/substanser och redovisa resultatet:

Ja Nej





\*10302028\*

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

Personnummer input field

13. Läkarens bedömning i de fall då diagnosen beroende eller missbruk inte kan fastställas:

Läkarens allmänna bedömning av patientens bruk av alkohol, narkotika och läkemedel (t.ex. uppgifter om överkonsumtion, prognosbedömning m.m.):

Multiple horizontal lines for text input

Intygsdatum (ÅÅÅÅMMDD)

Intygsdatum input field with '20' entered

Läkarens underskrift

Adress och ort

Namnförtydligande

Blank line for address/ort

Blank line for name clarification

Telefon

Specialistkompetens

Vid diagnosen beroende eller missbruk samt efter grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri ska läkarintyget vara utfärdat av läkare med specialistkompetens i psykiatri eller annan specialistkompetent läkare med god kunskap om och erfarenhet av missbruksfrågor.

För gällande bestämmelser, se Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m, t ex 12 kap. Bruk av substans som påverkar förmåga att köra motordrivet fordon, som återfinns på transportstyrelsen.se.

Läkarintyget skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Läkarintyget, sid 1-8, ska signeras.

Läkarens signatur:

Signature box