

Intyg om synprovning avseende förlängd giltighet av C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D och DE vid ansökan med hälsodeklaration

Namn- och adressfält:

Vänligen skriv tydligt
- vi använder maskinell avläsning.



10581011

Sökandens personnummer

Identiteten är styrkt genom:

 ID-kort * Företagskort eller tjänstekort ** Svenskt körkort Personlig kännedom Försäkran enligt 18 kap. 4 § *** 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 (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Identiteten får fastställas genom att en förälder, annan vårdnadshavare, make, maka, 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.

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

2 kap. och 16 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. ska uppmärksammas. Intyget ska vara utfärdat tidigast 2 månader före att ansökan kom in till Transportstyrelsen.

Synprovning får utföras av

- läkare,
- legitimerad optiker, oftalmologassistent, ortoptist, ögonsjuksköterska och sjuksköterska med vidareutbildning i ögonsjukvård.

1. Synfunktioner

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning? (Donders konfrontationsmetod räcker som underlag endast då det utförts av läkare.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Framkommer dubbelseende vid provning av ögonens rörlighet i de åtta huvudmeridianerna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Förekommer nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Framkommer uppgifter om allvarigt begränsat seende vid nedsatt belysning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har den undersökta någon ögonsjukdom eller framkommer tecken på ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, ange vilken: _____

f) Värden för synskärpa

(Alla bokstäver ska kunna läsas på den rad som anger synskärpan. Är synskärpan sämre än 0,1 ska det anges som 0,0.)

	Utan korrektion *	Med korrektion **	Kontaktlinser	Korrektionsglasens styrka
Höger öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Om högsta styrka i något av glasen överskrider plus 8 dioptrier markera då med kryss i ruta <input type="checkbox"/> (Intyg om korrektionsglasens styrka måste då bifogas.)
Vänster öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Binokulärt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| g) Bör personen undersökas av läkare med specialistkompetens i ögonsjukdomar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

Adress _____

Underskrift _____

Ort _____

Namnförtydligande _____

Telefon _____

OBS! Meddelande kan inte lämnas på denna sida.



0000