

Läkarintyg

Avseende högre körkortsbehörigheter eller
taxiförarlegitimation, eller på begäran av
Transportstyrelsen

Ifylld blankett skickas till
Transportstyrelsen, 701 97 Örebro
Vänligen skriv tydligt
Vi använder maskinell avläsning

Namn- och adressfält



80712021

Patientens 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

- | | |
|--|--|
| ☐ Körkortstillstånd grupp II
(C1 C1E C CE) | ☐ Körkortstillstånd grupp II och III
(C1 C1E C CE D1 D1E D DE) |
| ☐ Förlängning av högre behörighet
(C1 C1E C CE) | ☐ Förlängning av högre behörighet
(C1 C1E C CE D1 D1E D DE) |
| ☐ Intyget lämnas efter begäran av
Transportstyrelsen | ☐ Ansökan om taxiförarlegitimation |
| ☐ Utbyte av utländskt körkort | |

Intyget är baserat på

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Undersökning av personen | ☐ Journaluppgifter | ☐ Distanskontakt |
|---|---|---|

Datum för undersökning/kontakt:

Identiteten 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 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 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.

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



80712022

Patientens personnummer

1. Synfunktioner

Intyg om synfunktioner kommer att skickas in av legitimerad optiker

☐ Ja☐ Nej

Om ja gå vidare till fråga 2

1.1 Synskärpa

a) Synskärpa utan korrektion

Höger öga

 ,

Vänster öga

 ,

Binokulärt

 ,

b) Synskärpa med korrektion, om det vid undersökningen behövs korrektion för att nå kraven i 2 kap. 1 eller 2 §§ medicinföreskrifterna

Höger öga

 ,

Vänster öga

 ,

Binokulärt

 ,

Frågor som ska besvaras om korrigeringsbehov 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) Ange eventuella problem med tolerans av korrektionen:

d) Vid korrigeringsav synskärpa med glasögon, har något av glasen en styrka över plus 8 dioptrier i den mest brytande meridianen?

☐ Ja☐ Nej

1.2 Anamnesfrågor

a) Finns uppgift om ögonsjukdom eller synnedsättning?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, vilken sjukdom/synnedsättning?

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.

b) Finns uppgift om annan sjukdomshistorik eller andra omständigheter som kan indikera påverkan på synfunktionerna?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, vad?

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.



80712023

Patientens personnummer

2. Balanssinne

Har personen överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange vilken typ av anfall och tidpunkt för senaste anfall.

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.

3. Hörsel

Fråga 3 a-b gäller bara om personen redan har eller söker behörigheter för buss (D1, D1E, D och DE) eller taxiförarlegitimation.

a) Har personen svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)?

☐ Ja☐ Nej

b) Behöver personen använda hörapparat för att kunna uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd?

☐ Ja☐ Nej

Om personen behöver använda hörapparat, ange på vilket öra.

☐ Höger☐ Vänster

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 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



80712024

Patientens personnummer

5. Hjärt- och kärlsjukdomar

Har eller har personen haft någon hjärt- eller kärlsjukdom?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange vilken sjukdom och tidpunkt för diagnos.

Om fråga 5 besvarats med nej behöver frågorna 5a-5d inte besvaras.

a) Är tillståndet behandlat?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, när och hur?

b) Har personen eller har personen haft någon arytmi?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange tidpunkt.

Här avses inte välbehandlat förmaksflimmer utan synkope.

c) Har personen haft en synkope?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange tidpunkt.

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

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

☐ Ja☐ Nej

Om stroke förekommit, har det inträffat eller påverkat syncentrum (occipitalloben eller synnerven)?

☐ Vet inte☐ Ja☐ Nej

6. Diabetes

Har personen läkemedelsbehandlad diabetes?

☐ Ja☐ Nej

7. Neurologiska sjukdomar

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

☐ Ja☐ Nej

Om ja, vilken sjukdom och vilka tecken?

Med neurologisk sjukdom avses exempelvis Parkinson, MS eller motoriska tics. Här avses även andra medfödda och tidigt förvärvade skador i nervsystemet som lett till begränsad rörelseförmåga och där behov av hjälpmedel för anpassat fordon föreligger.



80712025

Patientens personnummer

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) och d) också besvaras.
Om fråga a) och b) besvarats med nej, gå vidare till fråga d).

c) Har eller har personen haft någon krampförebyggande läkemedelsbehandling mot epilepsi?	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, ange vilket läkemedel.		
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:		



80712026

Patientens personnummer

10. Demens och andra kognitiva störningar

a) Har personen 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

Om ja, ange vilka tecken, eventuell diagnos och grad.

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. Med grader avses lindrig, måttlig/medelsvår eller grav/allvarlig

11. Sömn och vakenhetsstörningar

a) Har personen en sömn- eller vakenhetsstörning eller symptom på sådan problematik? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilken diagnos/vilka symptom?

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

b) Förekommer behandling mot sömn- eller 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, andra psykoaktiva substanser och läkemedel

a) Har personen eller har personen haft en diagnos avseende alkohol, andra psykoaktiva substanser eller läkemedel? ☐ Ja ☐ Nej

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

Om diagnos beroende, är beroendet i fullständig långvarig remission? ☐ Vet inte ☐ Ja ☐ Nej

Här avses exempelvis beroende eller skadligt mönster av bruk enligt ICD-11, skadligt bruk enligt ICD-10, missbruk enligt DSM-IV eller substansbrukssyndrom enligt DSM-5



80712027

Patientens personnummer

- b) Finns journaluppgifter, anamnestiska uppgifter, resultat av laboratorieprover eller andra tecken på överkonsumtion av alkohol som inte är tillfällig eller tecken på pågående bruk av psykoaktiva substanser eller läkemedel?

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange vilka uppgifter eller tecken och när det var.

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

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 mönster av bruk, skadligt bruk eller överkonsumtion av alkohol som inte är tillfälligt under de senaste tolv månaderna.

- c) Har personen vid något tillfälle vårdats eller sökt hjälp för substansrelaterad diagnos, överkonsumtion av alkohol eller regelbundet bruk av psykoaktiva substanser eller läkemedel?

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange vilken form av hjälp eller vård och när det var.

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 mönster av bruk, skadligt bruk eller överkonsumtion av alkohol som inte är tillfälligt under de senaste tolv månaderna.

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

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange läkemedel och ordinerad dos.

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.



80712028

Patientens personnummer

13. Psykiska sjukdomar och störningar

Har personen eller har personen haft psykisk sjukdom eller störning? ☐ 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, ska fråga 13 a) och b) besvaras.

a) Vilken sjukdom eller störning?

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

14. Intellektuell funktionsnedsättning

Har personen någon intellektuell funktionsnedsättning? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilken diagnos och grad?

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. Övriga kommentarer

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

Namn- och adressfält



80712029

Patientens personnummer

Bedömning

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

☐ 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", ange orsaken till detta.

Underskrift

Intygdatum	
Vårdinrättningens namn	Telefonnummer
Adress	
Postnummer	Ort
Läkarens underskrift	
Namnförtydligande	Specialistkompetens