

Utökat synintyg

Intyg enligt 2 kap. 20 § Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (medicinföreskrifterna)

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

Namn- och adressfält



80724021

Sökandens personnummer

Intyget avser

- | | |
|---|--|
| ☐ Körkortstillstånd grupp I
(AM A1 A2 A B BE) | ☐ Körkortstillstånd grupp II och III
(C1 C1E C CE D1 D1E D DE) |
| ☐ Förlängning av högre behörighet
(C1 C1E C CE D1 D1E D DE) | ☐ Ansökan om taxiförarlegitimation |
| ☐ Annat: | |

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.



80724022

Sökandens personnummer

1. Synskärpa

Synskärpa utan korrektion	Synskärpa med korrektion, om det vid undersökningen behövs korrektion för att nå kraven i 2 kap. 1 eller 2 §§ medicinföreskrifterna
Höger öga ,	Höger öga ,
Vänster öga ,	Vänster öga ,
Binokulärt ,	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).

Ange eventuella problem med tolerans av korrektionen.

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

☐ Ja☐ Nej

Frågor som ska besvaras när synskärpa i ett öga är 0 även med korrektion

Har personen förmåga att uppfatta ljus i det öga där synskärpan är 0?

☐ Ja☐ Nej

Om nej, ska båda följande frågor besvaras.

Hur länge har personen haft seende med endast ett öga?

Har personen anpassat sig till seende med endast ett öga?

☐ Ja☐ Nej

Frågor om plötslig väsentlig nedsättning av synskärpa (gäller behörigheterna C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE och taxiförarlegitimation)

Har personen plötsligt fått en väsentlig nedsättning av synskärpan på något öga så att synskärpan nu understiger 0,3 med korrektion?

☐ Ja☐ Nej

Vid bedömning av vad som utgör en väsentlig nedsättning av synskärpan bör hänsyn tas till hur snabbt och hur mycket synskärpan har försämrats. Successiva försämringar bör inte beaktas.

Om ja, ska båda följande frågor besvaras.

När inträffade det?

Har personen anpassat sig efter synnedsättningen?

☐ Ja☐ Nej

Utökat synintyg

Intyg enligt 2 kap. 20 § Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (medicinföreskrifterna)

Namn- och adressfält



80724023

Sökandens personnummer

2. Dubbelseende

Förekommer dubbelseende?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ska fråga a-b om blickriktningar och fixationsavstånd besvaras.

Om nej, gå vidare till fråga 3 om mörkerseende, kontrastkänslighet och bländningskänslighet.

a) Förekommer dubbelseende i blickriktningar inom 30° horisontellt och inom 20° vertikalt?

☐ Ja☐ Nej

b) Förekommer dubbelseende på fixationsavstånd som är relevant för trafiksäkerheten?

☐ Ja☐ Nej

Dubbelseende som enbart förekommer på läsavstånd anses inte vara relevant för trafiksäkerheten.

Om både fråga a och b ovan har besvarats med ja, ska följande frågor också besvaras.

Har dubbelseendet kunnat elimineras?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, hur sker eliminering?

Om dubbelseendet inte kunnat elimineras, har anpassning till dubbelseendet skett?

☐ Ja☐ Nej

Här avses hur väl personen anpassat sig till sitt dubbelseende i sitt dagliga liv.

Om anpassning har skett, när i tid uppkom dubbelseendet?

Om anpassning har skett, vad är orsaken till dubbelseendet?

Om orsaken till dubbelseendet är känt så ange vilken typ av trauma eller sjukdom som föranlett dubbelseendet.

Om orsaken till dubbelseendet inte är känt så svara vet ej.



80724024

Sökandens personnummer

3. Mörkerseende, kontrastkänslighet och bländningskänslighet

Har det framkommit uppgifter om allvarligt nedsatt mörkerseende?	☐ Ja	☐ Nej
Total nattblindhet eller liknande begränsning av seendet i mörker bör beaktas som allvarlig nedsättning.		
Har det framkommit uppgifter om allvarligt nedsatt kontrastkänslighet?	☐ Ja	☐ Nej
Här avses försämringar av kontrastkänslighet som är så pass allvarliga att trafiksäkerheten påverkas.		
Har det framkommit uppgifter om allvarligt ökad bländningskänslighet?	☐ Ja	☐ Nej
Här avses försämringar av bländningskänslighet som är så pass allvarliga att trafiksäkerheten påverkas.		

4. Synfält

Resultat av undersökning med Estermanprogram eller likvärdigt program bifogas.	☐ Ja	☐ Nej
Resultat av genomförd undersökning krävs i de flesta fall för Transportstyrelsens bedömning. Se 2 kap. 20 § medicinföreskrifterna.		
Om undersökningresultat inte bifogas, ange orsak		

5. Anamnes

Har personen någon ögonsjukdom eller finns misstanke om ögonsjukdom?	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, vilken ögonsjukdom?		
Om personen har retinopati, ange också stadie om det är känt		
Övriga uppgifter om eventuell behandling och om sjukdomen bör betraktas som progressiv i det individuella fallet m.m. Om sjukdomen är behandlad, ange när och vilken behandling som gjordes om det är känt. Här kan bland annat anges om behandlingen medfört att sjukdomsförloppet har avstannat eller att sjukdomen botats		
Finns det andra omständigheter som kan påverka synfunktionerna?	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, vad		

Underskrift

Intygdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Yrkesroll	
	☐ Optiker ☐ Läkare med specialistkompetens i ögonsjukdomar	
Vårdinrättningens/optikbutikens namn		Telefonnummer
Adress		
Underskrift		
Namnförtydligande		