

Blanketten gäller för dig som utför en eller flera av följande arbetsuppgifter: förare av tåg, förare vid spärrfärd eller förare vid växling i huvudspår enligt Transportstyrelsens föreskrifter om hälsokrav m.m. för lokförare (TSFS 2011:61, ändrade genom TSFS 2013:52).  
Läkarutlåtandet ska alltid lämnas till föraren.

**Personuppgifter**

Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
------	----------------------------

**Undersökningens omfattning, mottagare och anledning**

Blanketten skickas till Transportstyrelsen vid: <input type="checkbox"/> Fullständig undersökning <input type="checkbox"/> Inledande undersökning (10 §) <input type="checkbox"/> Regelbunden hälsokontroll (13 §) <input type="checkbox"/> Inför särskild bedömning av Transportstyrelsen (4 §)	Blanketten delges arbetsgivaren vid: <input type="checkbox"/> Begränsad undersökning <input type="checkbox"/> Bedömning efter tillbud/olycka (14 §) <input type="checkbox"/> Frånvaro mer än 30 dagar/upprepad korttidsfrånvaro (14 §) <input type="checkbox"/> Annan orsak:
--	--

**Undersökningens resultat**

Uppfyller den undersökte hälsokraven enligt TSFS 2011:61, ändrade genom TSFS 2013:52? (Observera att ett av ja/nej-alternativen måste anges.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja uppfyller villkoren i gällande beslut om särskild bedömning och övriga hälsokrav, får tjänstgöra. Har beviljats dispens t.o.m _____ p.g.a _____ <input type="checkbox"/> Nej Orsak: _____
Om du som intygsskrivande läkare inte vet om det finns ett gällande beslut om undantag/särskild bedömning kan du kontakta Transportstyrelsen på 0771-503 503
Vilka sjukdomar eller funktionsbegränsningar påverkar tjänstbarheten?
<input type="checkbox"/> Den sökande har informerats om möjligheten att ansöka om särskild bedömning hos Transportstyrelsen enligt 4 § i TSFS 2011:61.

**Förbehåll och ställningstagande**

Ska i tjänsten bära <input type="checkbox"/> glasögon <input type="checkbox"/> kontaktlinser <input type="checkbox"/> hörapparat
Övriga kommentarer
Tidigarelagd periodisk hälsoundersökning senast den _____

**Underskrift av läkare med särskilt tillstånd utfärdat av Transportstyrelsen**

Datum	Namnförtydligande
Läkarens underskrift	
Adress	Telefonnummer

**Jag har tagit del av angivna förbehåll och ställningstagande och förbinder mig att följa dem**

Datum	Namnförtydligande	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Underskrift		

**Upplysningar**

Den som inte uppfyller kraven enligt TSFS 2011:61, ändrade genom TSFS 2013:52, kan ansöka om särskild bedömning om lämplighet att framföra järnvägsfordon trots medicinska hinder på blanketten **Ansökan om särskild bedömning – lokförare** hos Transportstyrelsen.

Om du avser att ansöka om:

- **Lokförarbevis** ska du bifoga denna blankett vid ansökningstillfället (10 §)
- **Särskild bedömning** ska du skicka denna blankett tillsammans med ansökningsblanketten **Ansökan om särskild bedömning – lokförare** till Transportstyrelsen (13 § och 4 §)

Denna blankett ska endast skickas till Transportstyrelsen vid:

- Inledande undersökning (10 §) – vid ansökningstillfälle för lokförarbevis
- Regelbunden hälsokontroll (13 §) – vid löpande registrering av hälsokontroller för förare och vid utredning inför särskild bedömning
- Inför särskild bedömning av Transportstyrelsen (4 §) – vid utredning inför särskild bedömning.

**Du som är lokförare ska skicka blanketten till oss när du avser att ansöka om särskild bedömning**

Skicka eller mejla blanketten till:  
Transportstyrelsen  
Väg och järnväg  
Box 267  
781 23 Borlänge  
jarnvag@transportstyrelsen.se