

Läkarintyg synfunktioneravseende lämpligheten att
inneha körkort m.m.Information om Transportstyrelsens föreskrifter finns att
läsa på www.transportstyrelsen.se**Utfärdat av specialist i ögonsjukdomar**

Namn- och adressfält:



10322021

Sökandens personnummer

A. 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: (fylls i av läkaren)

 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 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.

**** 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.

B. Synskärpa (Alla bokstäver ska kunna läsas på den rad som anger synskärpa. Är synskärpan sämre än 0,1 ska den anges som 0,0)**Utan korrektion * Med korrektion ** Kontaktlinser Korrektionsglasens styrka**

(gäller endast behörigheterna C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE och taxi)

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.

OBS! Uppgifterna om synskärpa och korrektion kan grundas på tidigare utförd undersökning av bland annat legitimerad optiker. Uppgifterna ska då ingå som underlag vid läkarens samlade bedömning.**Ja Nej**Förekommer nystagmus?

Om ja, ska bifogas ett separat intyg, där resultatet av prövning av synskärpan i olika blickriktningar framgår.

C. SynfältÄr synprövning enligt Donders konfrontationsmetod utan anmärkning?

Om det framkommer anamnestiska uppgifter som föranleder en noggrannare undersökning ska resultatet av denna bifogas. Vilken metod som ska användas ska bedömas utifrån orsaken till synfältsdefekten (t. ex. datorperimetri enligt Esterman eller Humphrey).

Läkarens signatur:



10322022

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

Personnummer input field

D. Dubbelseende

Ja Nej

Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet? (Prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna.)

Om ja, förekommer dubbelseende inom 30°?

E. Mörkerseende

Förekommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning?

Om ja, bör ett särskilt utlåtande om mörkeradaptation bifogas. Sådant utlåtande bifogas

F. Förekomst av progressiv ögonsjukdom

Har patienten progressiv ögonsjukdom?

Diagnos:

Uppgift om prognos (avser något av förhållandena under B-F):

Prognosis text area

G. Bedömning

Patienten uppfyller kraven enligt 2 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.

- AM A1 A2 A B BE Traktor C1 C1E C CE D1 D1E D DE Taxi Kan inte ta ställning

Intygdatum (ÅÅÅÅMMDD)

Intygdatum input field

Adress och ort

Telefon

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Information om Transportstyrelsens föreskrifter finns att läsa på www.transportstyrelsen.se.

Läkarens signatur:

TSTRK1032 (U05) 160114

Läkarityget skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Om intyget gäller enbart taxiförarlegitimation ska det skickas till Transportstyrelsen, 701 98 Örebro.