

Ansökan om körkort med villkor om alkoholås

Del 2, Läkarityg

Namn- och adressfält:

Vänligen skriv tydligt
- vi använder maskinell avläsning.



10292021

Sökandens personnummer

Frågor som läkaren ska besvara, allmänna medicinska förhållanden

Identiteten är styrkt genom: (fylls i av läkaren)

 ID-kort * Företagskort eller tjänstekort ** Svenskt körkort Personlig kännedom Försäkrans enligt 18 kap. 4 § *** Pass ****

* SIS-märkt ID-kort, svenskt nationellt ID-kort eller ID-kort utfärdat av Skatteverket.

** SIS-märkt företagskort eller tjänstekort.

*** Försäkrans enligt 18 kap 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) 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 försäkras att lämnade uppgifter om sökandens identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkrans 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.

Läkaren ska uppmärksamma Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Intyget ska vara utfärdat tidigast 2 månader före att ansökan kom in till Transportstyrelsen och i enlighet med vad som sägs i 17 kapitlet.

1. Synfunktioner

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders konfrontationsmetod? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Om det framkommer uppgifter som föranleder en noggrannare undersökning, t.ex. Goldmann- eller datorperimetri, ska resultatet av denna bifogas.) | | |
| b) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet (prövningen ska göras i de åtta huvudmeridianerna)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Förekommer nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har patienten någon progressiv ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Värden för synskärpa | | |
| (Obligatorisk uppgift som kan grundas på aktuellt intyg av bl.a. legitimerad optiker och som ska ingå som underlag vid läkarens samlade bedömning. Sådant intyg behöver då inte bifogas läkarityget.) | | |

	Utan korrektion *	Med korrektion **	Kontaktlinser	Korrektionsglasens styrka
Höger öga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	(Behöver endast anges för innehav av behörigheterna C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE)
Vänster 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"/>
Binokulärt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(Intyg om korrektionsglasens styrka måste då bifogas.)

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

2. Hörsel och balanssinne

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Har patienten överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) För innehav av behörigheterna D1, D1E, D, DE:
Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Rörelseorganens funktioner**Ja Nej**

- a) Har patienten någon sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar rörligheten och som medför att fordon inte kan köras på ett trafiksäkert sätt?

Om frågan besvaras med ja, ange vilken typ av nedsättning eller sjukdom:

- b) För innehav av behörigheterna D1, D1E, D, DE eller taxi: Finns en nedsättning av rörelseförmågan som gör att patienten inte kan hjälpa passagerare in och ut ur fordonet samt med bilbälte?

4. Hjärt- och kärlsjukdomar

- a) Föreligger hjärt- eller kärlsjukdom som kan medföra en påtaglig risk för att hjärnans funktioner akut försämras eller som i övrigt innebär en trafiksäkerhetsrisk?

- b) Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)?

Om frågan besvaras med ja, vilken typ av sjukdom?

- c) Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet?

5. Diabetes

- Har patienten diabetes?

Om frågan besvaras med ja, vilken typ? Typ 1 Typ 2Om patienten har diabetes typ 2, ange behandling: Kost Tabletter Insulin

Har patienten tablett- eller insulinbehandlad diabetes krävs ett läkarintyg gällande sjukdomen.

6. Neurologiska sjukdomar

- Finns tecken på neurologisk sjukdom?

7. Epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning

- a) Har eller har patienten haft epilepsi eller epileptiskt anfall?

Om ja, när? _____

- b) Har eller har patienten haft abstinenskramp eller annan medvetandestörning?

Om ja, vad och när? _____

8. Njursjukdomar

- Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?

9. Demens och andra kognitiva störningar

- Finns tecken på sviktande kognitiv funktion?

10. Sömn- och vakenhetsstörningar

- Finns tecken på, eller anamnesticke uppgifter som talar för sömn- eller vakenhetsstörning?

--

**Ansökan
om körkort med villkor om alkoholås
Del 2, Läkarintyg**

Namn- och adressfält:



10292023

Sökandens personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Psykiska sjukdomar och störningar**Ja Nej**a) Har eller har patienten haft psykisk sjukdom eller störning, till exempel schizofreni, annan psykos eller bipolär (manodepressiv) sjukdom? b) Framkommer i övrigt anamnestiska uppgifter om eller tecken på psykisk sjukdom eller annan psykisk störning med avvikande beteende, förändrad impuls kontroll, uttalade brister i fråga om omdöme eller anpassningsförmåga? **12. ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning**a) Har patienten till exempel ADHD, ADD, DAMP, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom? b) Har patienten någon psykisk utvecklingsstörning? **13. Sjukhusvård**Har patienten vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av punkterna 1-12?.....

Om frågan besvaras med ja, när? _____

Vårdinrättningens namn och klinik/er: _____

För vad? _____

14. Övrig kommentar

Övriga kommentarer som är relevanta ur trafiksäkerhetssynpunkt.

--



10292024

Sökandens personnummer (ååååmmddnnnn)

.....

Frågor som läkaren ska besvara, alkohol, narkotika och läkemedel

Ja Nej

- 1 a) Har patienten någon gång vårdats på sjukhus, behandlingshem eller i öppenvård under diagnosen beroende eller missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel?
b) Har patienten vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) eller lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)?
2. Har patienten någon gång behandlats med aversionsmedel (till exempel disulfiram) eller andra läkemedel (till exempel akamprosot, naltrexon)?
3. Har patienten någon gång deltagit i behandlingsprogram avseende alkohol, narkotika eller läkemedel?
4. Har eller har patienten haft hepatit eller annan sjukdom eller andra symptom som kan bero på alkohol, narkotikaklassade läkemedel eller narkotika?
5. Använder eller har patienten använt annan narkotika än ordinerad narkotikaklassad substans?
6. Pågår bruk av läkemedel ordinerat av läkare eller annan receptutfärdare som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk?
7. Finns vid undersökning tecken på påverkan av psykoaktiv substans (t.ex. alkoholdoft, onormal upprymdhet, sederig, abnorm pupillstorlek/-reaktion)?
8. Finns vid undersökning tecken på abstinens från alkohol, narkotika eller läkemedel (t.ex. handtremor, svettning, pulsökning)?
9. Finns vid undersökning tecken på skadligt bruk av psykoaktiv substans (t.ex. spider naevi, palmarerytem, stickmärken)?

Substansberoende

Framkommer anamnestiska uppgifter om (kriterier enligt DSM-IV):

- 1) tolerans, definierat som behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt eller påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen?
2) abstinens, vilket visar sig i abstinenssymptom eller att substansen intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom?
3) att substansen ofta används i större mängd eller under en längre period än vad som avsetts?
4) att det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket?
5) att mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen eller hämta sig från substansbrukets effekter?
6) att viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktivitet överges eller minskas på grund av substansbruket?
7) att bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen?

TSTRK 1029 (U11) 171123

Läkarens signatur:

.....

**Ansökan
om körkort med villkor om alkoholås
Del 2, Läkartyg**

Namn- och adressfält:



10292025

Sökandens personnummer

Sammanfattning av substansberoende:**Ja Nej***Om minst tre kriterier har uppfyllts under en och samma tolv månaders period ska diagnosen beroende ställas.*Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna i DSM-IV för att få diagnosen beroende?

Om ja, när ställdes diagnosen och för vilka substanser? _____

Missbruk

Framkommer anamnestiska uppgifter om (1-4 avser kriterier enligt DSM-IV)

1) upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (till exempel substansrelaterad upprepat arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer, substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola, substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)?

2) upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (till exempel substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)?

3) upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (till exempel att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)?

4) fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substanseffekterna (till exempel slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning)?

Särskilt kriterium enligt Transportstyrelsens föreskrifter:

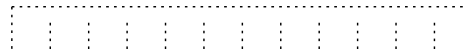
5) framkommer anamnestiska uppgifter om ett substansbruk som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt?

Sammanfattning av missbruk:*Om minst ett av kriterierna 1-5 har uppfyllts under en och samma tolv månaders period, samt om kriterierna för beroende för denna substans aldrig uppfyllts ska diagnosen missbruk ställas.*Har patienten vid någon tidpunkt uppfyllt kriterierna för att få diagnosen missbruk?

Om ja, när och för vilka substanser? _____

Uppfyller patienten för närvarande kriterierna för missbruk?

Läkarens signatur:

**Laboratorieprover** (alternativt bifogas kopia av laboratorielista)**OBS!** Samtliga prover ska analyseras av **ackrediterat** laboratorium.

Provtagning avseende alkohol ska ske vid minst ett tillfälle, CDT och GT är obligatoriska alkoholmarkörer.

Referensområdet för blodprover ska anges. Provresultat över referensområdet ska bedömas och kommenteras.

I Blodprover		Analysvärde	
		Obligatoriskt provtillfälle	Kompletterande provtillfälle
Obligatoriska markörer	Referensområde	Datum	Datum
		CDT	%
GT	µkat/l	µkat/l	µkat/l

Icke obligatoriska markörer

MCV	%	%	%
ASAT	µkat/l	µkat/l	µkat/l
ALAT	µkat/l	µkat/l	µkat/l
PEth	µmol/l	µmol/l	µmol/l

Kommentarer: _____**OBS!** Provtagning avseende narkotika ska ske vid minst ett tillfälle i urin eller hår. Provtagningen ska vara övervakad. Kreatinivärdet i urin ska redovisas.

II Urinprover	Obligatoriskt provtillfälle vid provtagning i urin		Kompletterande provtillfälle	
	Datum		Datum	
	Ej påvisat	Positivt verifierat	Ej påvisat	Positivt verifierat
U-Amfetaminer				
U-Bensodiazepiner				
U-Cannabis				
U-Kokain				
U-Opiater				
Annan substans				
Övervakat prov (markera med kryss)				
	Nej	Ja	Nej	Ja
Kreatinivärde under ref. värdet				

III Hårprover	Datum	
	Ej påvisat	Positivt verifierat
Amfetamin		
Bensodiazepiner		
Cannabis		
Kokain		
Opiater		
Annan substans		

Kommentarer: _____**OBS!** Om substans påvisats vid screeninganalys ska verifikationsanalys utföras. Verifierad förekomst av substans i urin eller hår ska bedömas och kommenteras. Om annan substans påvisats bifogas kopia av analysvaret.**Kommentarer:** _____

Ansökan
om körkort med villkor om alkoholås
Del 2, Läkarityg

Namn- och adressfält:



10292027

Sökandens personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Läkarens bedömning:

Uppfyller patienten kraven enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.?

Ja

Nej

Kan ej
ta ställning

Övriga upplysningar och kommentarer:

Patienten bör före ärendets avgörande undersökas av läkare med specialistkompetens i:

Intygsdatum (ÅÅÅÅMMDD)

2	0												
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adress och ort

Telefon

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Läkarens specialitet

Läkarityget, sid 1-7, ska signeras på varje sida.

Skicka läkarityget till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro.

Läkarens signatur:

--