

1. Ansökan om eller förnyelse av körkort
  2. Yrkeskörtillstånd för taxiförare
  3. Utvidgad läarkontroll  
 4. Grupp 2, åldersrelaterad hälsokontroll (45, 50, 55, 60, 65)
  5. På grund av tidigarelagd kontroll av körhälsa
  6. På anmodan från polisen  
 Annat:

<b>Personuppgifter</b>	Efternamn				
	Förnamn		Personbeteckning		
	Gatuadress		Postnummer Postadress		
	Identiteten bestyrkt, kryssa i rätt ruta (ID, körkort, annat, vad) <input type="checkbox"/> Identitetsbevis <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Annat, vad				
<b>Hälsokontroll-uppgifter</b>	<input type="checkbox"/> Känner inte till tidigare uppgifter om hälsotillståndet <input type="checkbox"/> Känner till tidigare uppgifter om hälsotillståndet		Har följt patientens hälsotillstånd Personligen från och med _____ Via handlingar från år _____		
	<b>Grupp 1: syn</b>	Synskärpa utan glasögon eller kontaktlinser syn med båda ögonen <input type="checkbox"/> höger öga <input type="checkbox"/> vänster öga	Korrigerad med glasögon eller kontaktlinser syn med båda ögonen <input type="checkbox"/> höger öga <input type="checkbox"/> vänster öga		
		Uppfyller kravet på det horisontella synfältet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Uppfyller kraven på det centrala synfältet utan fel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		
	<b>Grupp 2: syn och hörsel</b>	Synskärpa utan glasögon eller kontaktlinser syn med båda ögonen <input type="checkbox"/> höger öga <input type="checkbox"/> vänster öga	Korrigerad med glasögon eller kontaktlinser syn med båda ögonen <input type="checkbox"/> höger öga <input type="checkbox"/> vänster öga		
		Uppfyller kravet på det horisontella synfältet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Uppfyller kraven på det centrala synfältet utan fel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		
		Betydligt nedsatt kontrastseende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hör tal åtminstone med ena örat på minst 4 meters avstånd <input type="checkbox"/> utan hörapparat <input type="checkbox"/> med hörapparat		
		Rusmedelsberoende <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja         Minne utifrån samtal <input type="checkbox"/> normalt <input type="checkbox"/> minnet försvagat	Teckning av urtavlan <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> avvikande		
	<b>Fynd och deras inverkan på körförmågan</b>		Ja	Nej	Påverkar körförmågan väsentligt
		1. Synproblem			Ja Nej
		2. Hjärtsjukdom eller hypertoni			Ja Nej
3. Cirkulationsstörning i hjärnan				Ja Nej	
4. Diabetes				Ja Nej	
5. Neurologisk sjukdom eller minnesstörning				Ja Nej	
6. Sömnlöshet, sömnapné eller annan sömnstörning				Ja Nej	
7. Psykisk sjukdom				Ja Nej	
8. Rusmedelsberoende				Ja Nej	
9. Besvär i rörelseorganen				Ja Nej	
10. Läkemedel som påverkar körförmågan				Ja Nej	
11. Annan sjukdom, vilken			Ja Nej		
<b>Slutsatser</b>	<b>Hälsokrav på föraren</b>		<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2 och taxiförare</b>	
	Uppfyller kraven på körhälsa utan begränsningar		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Uppfyller kraven på körhälsa endast med följande begränsningar:				
	Ska använda glasögon/kontaktlinser		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
	Ska använda hörapparat			<input type="checkbox"/> Ja	
Annat krav, vad:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja		
<b>Tilläggskrav</b>	<input type="checkbox"/> Prov på körförmåga (förutsättningar för användning av fordonets manöverorgan, behov av tilläggsutrustning)				
	<input type="checkbox"/> Körprov (behärskande av trafikreglerna och körprov i trafik)			<input type="checkbox"/> Utvidgad testning	
<b>Tidigarelagd kontroll av körhälsan</b>	<b>Läkarundersökning om</b> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> år				
	Vilken specialitet				
<b>Datum och underskrift</b>	<b>Ovanstående intygas på heder och samvete</b>				
	Ort och datum		Läkarens underskrift		
	Kontaktuppgifter	Identifikationskod och specialområde	Namnförtydligande		