

Denna blankett används när

- föraren vid en tidigare kontroll av körhälsan har förordnats att genomgå en tidigarelagd läkarundersökning inom ett visst specialområde
- polisen har förordnat ett utlåtande som hör till ett visst medicinskt specialområde ska lämnas in
- det är fråga om tillägg av ett särskilt villkor för erhållande av körkort (glasögon, hörapparat)

Läkaren skickar blanketten till Ålands polismyndighet.

Person-uppgifter	Efternamn					
	Förnamn			Personbetckning		
	Gatuadress		Postnummer	Postadress		
Specialområde	<input type="checkbox"/> Fysiatri	<input type="checkbox"/> Kirurgi	<input type="checkbox"/> Ortopedi och traumatologi	<input type="checkbox"/> Ögonsjukdomar		
	<input type="checkbox"/> Geriatri	<input type="checkbox"/> Öron-, näs- och halssjukdomar	<input type="checkbox"/> Psykiatri	<input type="checkbox"/> Invärtesmedicin		
	<input type="checkbox"/> Kardiologi	<input type="checkbox"/> Neurokirurgi	<input type="checkbox"/> Missbruksmedicin	<input type="checkbox"/> Cancersjukdomar		
	<input type="checkbox"/> Lungsjukdomar	<input type="checkbox"/> Neurologi	<input type="checkbox"/> Reumatologi	<input type="checkbox"/> Allmän medicin		
Slutsatser	Hälsokrav för förare		Grupp 1		Grupp 2 och taxiförare	
	Uppfyller kraven på körhälsa beträffande angivet specialområde Glasögon/kontaktlinser är nödvändiga Hörapparat är nödvändigt Övriga hälsokrav		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Tidigarelagd kontroll av körhälsan	inom <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 år <input type="checkbox"/> Ej längre nödvändigt					
	<input type="checkbox"/> Fysiatri	<input type="checkbox"/> Kirurgi	<input type="checkbox"/> Ortopedi och traumatologi	<input type="checkbox"/> Ögonsjukdomar		
	<input type="checkbox"/> Geriatri	<input type="checkbox"/> Öron-, näs- och halssjukdomar	<input type="checkbox"/> Psykiatri	<input type="checkbox"/> Invärtesmedicin		
	<input type="checkbox"/> Kardiologi	<input type="checkbox"/> Neurokirurgi	<input type="checkbox"/> Missbruksmedicin	<input type="checkbox"/> Cancersjukdomar		
	<input type="checkbox"/> Lungsjukdomar	<input type="checkbox"/> Neurologi	<input type="checkbox"/> Reumatologi	<input type="checkbox"/> Allmän medicin		
Tilläggskrav	<input type="checkbox"/> Prov på körförmåga (förutsättningar för användning av manöverorgan, behov av manöverorgan)					
	<input type="checkbox"/> Körprov (behärskande av trafikregler och körprov i trafik)				<input type="checkbox"/> Utvidgad testning	
Datum och underskrift	Ovanstående intygas på heder och samvete					
	Ort och datum			Läkarens underskrift		
	Kontaktuppgifter		Identifikationskod och specialområde		Namnförtydligande	