

# LÄKARINTYG

avseende ansökan om eller förlängning av körkortsbehörighet, traktorkort eller taxiförarlegitimation  
(sänds till länsstyrelsen)

<p><b>A. Innehar</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp I</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> BE</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> Traktor</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp II</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> C</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> CE</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp III</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> DE</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taxi</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p><b>Ansöker om</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp I</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> BE</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> Traktor</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp II</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> C</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> CE</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp III</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> DE</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taxi</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p>A=tung motorcykel, A1=lätt motorcykel, B=personbil, C=tung lastbil, D=buss, E=tungt släp, Traktor=traktorkort, Taxi=taxiförarlegitimation</p>	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp I</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> BE</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> Traktor</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp II</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> C</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> CE</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp III</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> DE</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taxi</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp I</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> BE</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> Traktor</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp II</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> C</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> CE</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp III</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> DE</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taxi</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi	<p><b>B. Personuppgifter</b></p> <p>Personnr: _____</p> <p>Namn : _____</p> <p>Adress: _____</p> <p>_____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Identiteten styrkt genom:</p> <p>Personlig kännedom <input type="checkbox"/>    ID-kort <input type="checkbox"/>    Körkort <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp I</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> BE</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> Traktor</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp II</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> C</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> CE</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp III</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> DE</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taxi</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi															
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor																							
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE																										
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi																									
<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp I</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> A1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> BE</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><input type="checkbox"/> Traktor</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp II</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> C</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> CE</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<p style="text-align: center; margin: 0;">Grupp III</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> DE</td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taxi</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi															
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> Traktor																							
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE																										
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Taxi																									

**C. Hälsodeklaration - frågor att besvaras i samband med läkarbesöket**

1. Har Du någon sjukdom, skada eller annat medicinskt förhållande som kan antas påverka förmågan att framföra motorfordon? .....  Ja     Nej
2. Har Du någon synrubbing, som t ex
  - a) nedsatt synskärpa .....  Ja     Nej
  - b) ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus) .....  Ja     Nej
  - c) synfältsdefekter (t ex begränsat vidvinkelseende) .....  Ja     Nej
  - d) dubbelseende .....  Ja     Nej
  - e) nattblindhet (påtagligt sämre syn i mörker) .....  Ja     Nej
  - f) nedsatt ögonrörlighet .....  Ja     Nej
  - g) annan synrubbing .....  Ja     Nej
3. a) Har Du eller har Du haft överraskande anfall av balansrubbing eller yrsel? .....  Ja     Nej
 

b) Har Du allvarlig hörselnedsättning? .....  Ja     Nej
4. Har Du någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner? .....  Ja     Nej
5. Har Du eller har Du haft hjärt- och/eller kärlsjukdom, som t ex .....  Ja     Nej
  - a) stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan) .....  Ja     Nej
  - b) kärlkramp .....  Ja     Nej
  - c) hjärtinfarkt .....  Ja     Nej
  - d) rubbningar av hjärtats rytm .....  Ja     Nej
  - e) nedsatt klafffunktion (blåsljud på hjärtat) .....  Ja     Nej
  - f) annan hjärt- eller kärlsjukdom .....  Ja     Nej
6. Har Du diabetes? .....  Ja     Nej
7. a) Har Du eller har Du haft någon neurologisk sjukdom? .....  Ja     Nej
 

b) Har Du haft hjärnskakning med efterföljande medvetlöshet? .....  Ja     Nej
8. a) Har Du eller har Du haft epilepsi? .....  Ja     Nej
 

b) Har Du eller har Du haft kramper, svimningar eller andra rubbningar av medvetandet? .....  Ja     Nej
9. Har Du eller har Du haft allvarligt nedsatt njurfunktion? .....  Ja     Nej

10. Har Du upplevt besvär i form av störningar i uppmärksamhet, tankeförmåga eller minne? .....  Ja  Nej
11. a) Har Du snarkproblem med orolig sömn och dagtrötthet? .....  Ja  Nej  
b) Drabbas Du ofta av ofrivilliga sömnattacker? .....  Ja  Nej
12. Missbrukar Du eller har Du missbrukat alkohol, droger eller läkemedel? .....  Ja  Nej
13. Har Du eller har Du haft någon psykisk störning/sjukdom, t ex schizofreni eller annan psykos, manodepressiv sjukdom eller diagnos som t ex ADHD, DAMP eller Aspergers syndrom? .....  Ja  Nej

**D.**

1. Har Du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av ovanstående (punkterna C 1-13)? .....  Ja  Nej

När \_\_\_\_\_

Vårdinrättningens namn och klinik/-er \_\_\_\_\_

2. Behandlas Du för närvarande med lugnande eller sömngivande läkemedel eller har Du annan långvarig medicinering för någon av ovanstående sjukdomar (punkterna C 1-13)? .....  Ja  Nej

Om frågan besvaras med ja, vilken eller vilka mediciner? \_\_\_\_\_

3. Har Du tidigare läkarundersökts i samband med ansökan om körkortstillstånd? .....  Ja  Nej

Om frågan besvaras med ja, ange när: \_\_\_\_\_

4. Anser Du Dig för närvarande fullt frisk? .....  Ja  Nej

Om frågan besvaras med nej, ange orsaken: \_\_\_\_\_

Härmed försäkras att de uppgifter jag lämnat avgetts helt sanningsenligt.

.....  
Ort och datum

.....  
Egenhändig namnteckning

## E. Frågor att besvaras av läkaren

Läkaren bör uppmärksamma Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort, traktorkort och taxiförarlegitimation (VVFS 1996:200, ändrade genom VVFS 1998:89). Intyget skall utfärdas i enlighet med vad som sägs i kap 15.

### 1. Hur har patienten legitimerat sig?

Personlig kännedom  ID-kort  Körkort

### 2. Syn

a) Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders? .....  Ja  Nej  
*(Om det framkommer anamnestiska uppgifter eller fynd som föranleder en noggrannare undersökning, t ex Goldmann- eller datorperimetri, skall resultatet av denna bifogas).*

b) Är ögonens rörlighet nedsatt (prövning skall ske i de åtta huvudmeridianerna)? .....  Ja  Nej

c) Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet? .....  Ja  Nej

d) Förekommer nystagmus? .....  Ja  Nej

e) Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? .....  Ja  Nej

f) Har den undersökte någon progressiv ögonsjukdom? .....  Ja  Nej

g) Synskärpa (*varvid samtliga bokstäver skall kunna tydas på den rad som anger synskärpa*)

	Utan korrektion*	Med korrektion**	Korrektionsglas**	Kontaktlinser
Höger öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	_____	_____		

\*) Uppgiften obligatorisk!

\*\*) Uppgiften obligatorisk om föreskriven synskärpa endast uppnås med korrektion!

**OBS! Uppgifterna under 2 g. kan grundas på intyg från legitimerad optiker**

### 3. Hörsel

a) Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meter (hörapparat får användas)? .....  Ja  Nej

Om frågan besvaras med ja, anges här orsaken till hörselnedsättningen: \_\_\_\_\_

### 4. Rörelseorgan

a) Har patienten någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner som medför att fordon inte kan framföras på ett trafiksäkert sätt? .....  Ja  Nej

b) Är rörelseförmågan otillräcklig för att kunna hjälpa passagerare in i och ut ur fordonet samt med bilbälte (gäller innehav i grupp III)? .....  Ja  Nej

### 5. Hjärta och kärl

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

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

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

**6. Diabetes**Har patienten diabetes? .....  Ja  NejOm frågan besvarats med ja, ange behandling:  Kost  Tabletter  Insulin**7. Neurologiska sjukdomar**Finns tecken på neurologisk sjukdom? .....  Ja  Nej**8. Epilepsi och annan medvetandestörning**Har eller har patienten haft epilepsi eller annan medvetandestörning? .....  Ja  Nej**9. Njursjukdomar**Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk? .....  Ja  Nej**10. Demens och andra kognitiva störningar**Finns tecken på sviktande kognitiv funktion? .....  Ja  Nej**11. Vakenhetsstörning**Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för, vakenhetsstörning? .....  Ja  Nej**12. Alkohol och droger**Finns tecken på, anamnestiska uppgifter eller resultat av laboratorieprover som talar för bruk av medel som påverkar förmågan att framföra motordrivet fordon? .....  Ja  Nej**13. Psykisk sjukdom**Har eller har patienten haft psykisk störning/sjukdom, t ex schizofreni eller annan psykos, manodepressiv sjukdom eller diagnos som t ex ADHD, DAMP eller Aspergers syndrom? .....  Ja  Nej

Om någon av frågorna besvarats med ja skall beaktas de krav på ytterligare undersökning som framgår av VVFS 1996:200 (ändrade genom VVFS 1998:89) kap 18 § 3.

Kommentarer (gäller avsnitten C, D och E):

---

---

---

**F. Bedömning**

Patienten uppfyller patienten kraven enligt VVFS 1996:200 (ändrade genom VVFS 1998:89) för:

Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A I <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Kan ej ta ställning
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

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

---

Omprövning av innehavet bör ske om \_\_\_\_\_ månader \_\_\_\_\_ år

.....  
Ort och datum.....  
Läkarens underskrift.....  
Adress och telefon.....  
Namnförtydligande