

Fyll i blanketten före läkarundersökningen. Oklara frågor kan besvaras i samband med läkarundersökningen. Ta med dig blanketten till läkarundersökningen. Blanketten fogas till journalhandlingarna.

Person- uppgifter	Personbeteckning	Efternamn	Förnamn
	Yrke (även före pension)		
Har du problem med synen			
- i dagsljus?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- i dåligt ljus?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- dubbelseende?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lider du av någon hjärtsjukdom, cirkulationsstörning i hjärnan eller förlamning?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du diabetes?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Föreligger misstanke om minnesrubbingar eller har sådana konstaterats hos dig?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lider du av fortlöpande sömnlöshet, sömnapné eller någon annan sömnrubbing?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lider du av mentala störningar?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lider du av missbruksproblem?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du gått på läkarundersökning med anledning av svindel?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du upplevt epileptiska anfall eller andra former av medvetandestörning?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder du hörapparat?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har läkaren tillfälligt förbjudit dig att köra på grund av hälsoskäl?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någonsin somnat under körning?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Försök även beakta de gånger då det är fråga om små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller ett litet glas vin.		Hur många alkoholportioner har du i allmänhet konsumerat de dagar du druckit alkohol?	Hur ofta har du druckit sex portioner eller mer på en gång?
<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Ungefär en gång i månaden eller inte ens så ofta <input type="checkbox"/> 2-4-gånger per månad <input type="checkbox"/> 2-3 gånger per vecka <input type="checkbox"/> 4 gånger per vecka eller oftare		<input type="checkbox"/> 1-2 portioner <input type="checkbox"/> 3-4 portioner <input type="checkbox"/> 5-6 portioner <input type="checkbox"/> 7-9 portioner <input type="checkbox"/> 10 portioner eller mer	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Mindre än en gång per månad <input type="checkbox"/> En gång per månad <input type="checkbox"/> En gång per vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan dagligen
En portion är:			
<ul style="list-style-type: none"> • en flaska mellanöl eller cider (0,33 l) • ett glas vin (12 cl) • ett litet glas starkvin (8 cl) • en restaurangportion starksprit (4 cl) 			
Har du använt andra rusmedel än alkohol?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har du under de senaste tre åren gått på en läkarundersökning? Har man utfört kirurgiska operationer eller andra medicinska ingrepp på dig? Uppge i så fall var och av vilken orsak.			
Jag samtycker till att behövliga uppgifter inhämtas från ovan nämnda ställen för att läkaren ska kunna göra en bedömning av min körförmåga.			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Räkna upp de läkemedel som du för närvarande använder samt deras dosering (vid behov, fortsatt på ett separat papper).			
Jag intygar att jag besvarat frågorna ärligt			
Ort och datum		Underskrift	
		Namnförtydligande	