

Protokoll fört vid enskild föredragning

Infrastrukturavdelningen

Vägnätsbyrån, I3

Beslutande
Minister
Camilla GunellFöredragande
Byråchef
Elin RoseliusJusterat
Omedelbart

Nr 14Fastställande av blankett; Läkarutlåtande om
körförmågan
ÅLR 2025/983**Beslut**

Landskapsregeringen beslutar att godkänna blankett *Läkarutlåtande om körförmågan* enligt **bilaga 1, I325E14**. Föredragande har rätt att göra mindre justeringar i blanketten om behov uppstår.

Motivering

Det har framkommit önskemål från myndigheter och tjänsteproducenter inom hälso- och sjukvården att landskapsregeringen ska uppdatera och vidareutveckla de blanketter som behövs för att dokumentera bedömningar av huruvida de medicinska kraven för innehav av körkort uppfylls i enlighet med Landskapsförordning (2015:97) om medicinska krav för innehav av körkort och 10§ i Körkortslag (2015:88) för Åland.

Bakgrund

Enligt Infrastrukturavdelningens arbetsordning ska vägnätsbyrån tillsammans med hälso- och sjukvårdsbyrån ansvara för framtagande och uppdatering av landskapsregeringens blanketter rörande trafiksäkerhet och medicinska krav för körkort. Vägnätsbyrån och hälso- och sjukvårdsbyrån har gemensamt tagit fram blanketterna i samråd med företrädare för Ålands hälso- och sjukvård, privata serviceproducenter inom hälso- och sjukvården, Ålands polismyndighet samt optiker.

Läkarutlåtande om körförmågan

- ☐ 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:

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