

FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR BEDÖMNING AV KÖRFÖRMÅGAN

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

Personuppgifter	Personbeteckning	Efternamn	Förnamn
	Yrke (även före pension)		
<p>1. Har du problem med synen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>2. Lider du av någon hjärtsjukdom, cirkulationsstörning i hjärnan eller förlamning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>3. Har du diabetes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>4. Föreligger misstanke om minnesrubbingar eller har sådana konstaterats hos dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>5. Lider du av fortlöpande sömnlöshet, sömnapné eller någon annan sömnrubbing? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>6. Lider du av mentala störningar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>7. Lider du av missbruksproblem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>8. Har du gått på läkarundersökning med anledning av svindel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>9. Har du upplevt epileptiska anfall eller andra former av medvetandestörning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>10. Använder du hörapparat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>11. Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>12. Har läkaren förbjudit dig att köra tillfälligt på grund av hälsoskäl? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>13. Har du någonsin somnat under körning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>14. Längd Vikt</p>			
Ringa in rätt alternativ på frågorna 15–17			
<p>15. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Försök beakta också de gånger då det är fråga om små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller ett litet glas vin.</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Ungefär en gång i månaden eller inte ens så ofta</p> <p>2. 2–4 gånger per månad</p> <p>3. 2–3 gånger per vecka</p> <p>4. 4 gånger per vecka eller oftare</p>	<p>16. Hur många alkoholportioner har du sammanlagt konsumerat de dagar du använt alkohol?</p> <p>0. 1–2 portioner</p> <p>1. 3–4 portioner</p> <p>2. 5–6 portioner</p> <p>3. 7–9 portioner</p> <p>4. 10 portioner eller mer</p> <p>En portion är:</p> <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) 	<p>17. Hur ofta har du druckit sex portioner eller mer på en gång?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mindre än en gång per månad</p> <p>2. En gång per månad</p> <p>3. En gång per vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan dagligen</p>	
<p>18. Har du använt andra rusmedel än alkohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>			
<p>19. Har du under de senaste 3 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.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Jag samtycker till att behövliga uppgifter inhämtas från ovan nämnda ställen, för att läkaren skall kunna göra en bedömning av min körförmåga. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>			
<p>20. Räkna upp de läkemedel du för närvarande använder och deras dosering (fortsätt vid behov på ett separat papper)</p>			
<p>Jag intygar att jag besvarat frågorna ärligt</p> <p>Ort och datum Underskrift</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Namnförtydligande</p>			