



Trafikmedicinska enheten

REGION
KRONOBERG

Läkarremiss för utredning inför ansökan om körkortstillstånd eller inför fortsatt körkortsinnehav

Datum: _____

Namn: _____

Klinik: _____

Personnr: _____

Adress: _____

Adress: _____

Telnr: _____

Telnr: _____

Mobilnr: _____

Remittent: _____

Kontaktuppgift närstående: _____

Underskrift: _____

- Patienten godkänner inhämtande av information från NPÖ (Nationella patientöversikten) angående journaluppgifter av betydelse för utredning/undersökning.

Remiss avser utredning för behörighet/er:

AM B C/D

Diagnoser/anamnes. Symptom- kognitiva och/eller fysiska nedsättningar ska beskrivas: _____

Används läkemedel? Om ja, vilka?

Finns andra medicinska tillstånd? (exempelvis epilepsi, diabetes).

Finns risk/missbruk av alkohol eller droger?

Uppfylls synkraven (TSFS 2010:125 2kap)?

Efter stroke ska synfältundersökning vara genomförd och godkänd av ögonläkare.

Skola (ange årskurs, skolform exempelvis särskola, specialklass, assistent, extra stöd).

Arbete (exempelvis arbete, praktik, daglig verksamhet, arbetslös).

Boende (bor med föräldrar, eget boende, särskilt boende).

Stöd (exempelvis god man, LSS, boendestöd, kontaktperson).

Är neuropsykologisk utredning genomförd?

Vad är din uppfattning om lämpligheten för körkortsinnehav?

Okej

O

Tveksam, men troligen okej

Tveksam, men troligen inte lämplig

Troligen olämplig

Behov av tolk? Om ja, språk? _____

Övriga uppgifter eller kommentarer:

För information om medicinska krav för körkortsinnehav, var god se Transportstyrelsens hemsida. TSFS 2010:125.

Remiss sänds till:

Trafikmedicinska enheten

Box 1223, 351 12 Växjö