

KÖRLÄMPLIGHET

Remiss för utredning efter skada eller sjukdom för personer med giltigt körkort

Datum: _____

Klinik: _____

Adress: _____

Tel: _____

Remittent: _____

Underskrift: _____

Namn: _____

Persnr: _____

Adress: _____

Tel: _____

Mobil: _____

Kontaktuppgift närstående: _____

1. Diagnos(er)/ anamnes. Beskriv symptom - kognitiva och/eller fysiska nedsättningar som har betydelse för bilkörning:

2. Behov av tolk - språk: _____

3. Uppfyller patienten medicinska krav för körkort angående syn?

För patienter med stroke och traumatisk hjärnskada ska synfältsundersökning utförts innan bedömning på Mobilitetscenter.

Ja Nej Undersökningsmetod: _____

4. Finns andra medicinska tillstånd som kan påverka trafiksäkerheten?

5. När är patienten redo för en bedömning? _____

6. Använder patienten läkemedel som kan påverka trafiksäkerheten? Ja Nej

Kommentarer: _____

7. Är neuropsykologisk utredning genomförd? (Bifoga gärna utlåtande) Ja Nej

8. Finns överenskommelse om muntligt körförbud, pga. medicinska skäl? Ja Nej

Kommentar: _____

9. Vad är Din uppfattning om lämpligheten för körkortsinnehav?

- Ok
- Tveksam, men troligen OK
- Tveksam, men troligen inte lämplig
- Troligen olämplig

11. Övriga uppgifter eller kommentarer:

För information om medicinska krav för körkortsinnehav var god se
www.transportstyrelsen.se TSFS 2012:19.

Remiss skickas till:
Mobilitetscenter
F O Petersons gata 32 B, 421 31 Västra Frölunda
tel 031-22 05 90, fax 031-45 44 90

