

BILANPASSNINGSBEHOV

Remiss för utredning

Datum: _____

Remittent: _____

Adress: _____

Tel: _____

Namn: _____

Persnr: _____

Adress: _____

Tel: _____

Anpassning är aktuell för brukare som: bilförare passagerare

1. Diagnos(er)/ anamnes:

Beskriv symptom - fysiska nedsättningar som har betydelse för bilkörning:

2. Behov av tolk - språk: _____

3. Uppfyller patienten medicinska krav för körkort, angående:

- Syn (visus, synfält m.m.) Ja Nej _____
- Epilepsi, syncope etc. Ja Nej _____

4. Finns det andra medicinska tillstånd som kan påverka trafiksäkerheten?

För information om medicinska krav för körkortsinnehav var god se www.transportstyrelsen.se
TSFS 2010:125

5. Övriga uppgifter eller kommentarer:

Enligt det avtal Mobilitetscenter har med Västra Götalandsregionen ska Mobilitetscenter inte utföra anpassningsbedömningar på uppdrag och bekostnad av Västra Götalandsregionen som kan omfattas av det statliga bilstödet.
Dessa utredningar kan istället utföras av Mobilitetscenter på uppdrag av Försäkringskassan.