

## KÖRLÄMPLIGHET

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

Datum: \_\_\_\_\_

Remittent: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Persnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

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 (visus, synfält m.m.)  Ja  Nej \_\_\_\_\_
- Epilepsi, syncope etc.  Ja  Nej \_\_\_\_\_

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

För information om medicinska krav för körkortsinnehav var god se [www.transportstyrelsen.se](http://www.transportstyrelsen.se)  
TSFS 2010:125.

**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 (om ja, 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:**

---

---

---

---

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