

Remiss för utredning inför ansökan om KÖRKORTSTILLSTÅND

Datum: _____

Klinik: _____

Adress: _____

Tel: _____

Remittent: _____

Underskrift: _____

Namn: _____

Persnr: _____

Adress: _____

Tel: _____

Mobil: _____

Kontaktuppgift närstående: _____

Remiss avser utredning för behörighet:

Moped (AM)

Personbil (B)

Annan _____

1. Diagnos(er)/ anamnes. Symptom - kognitiva och/eller fysiska nedsättningar skall beskrivas:

2. Används läkemedel?

Ja Nej

Om ja, vilka: _____

Hanteras medicinering självständigt?

Ja Nej

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

4. SKOLA (ange årskurs, skolform ex. särskola, specialklass, assistent, extra stöd...)

5. ARBETE (ex. arbete, praktik, daglig verksamhet, arbetslös...)

6. BOENDE (bor med föräldrar, eget boende, särskilt boende...)

7. STÖD (ex. god man, LSS, kontaktperson...)

8. Är neuropsykologisk utredning genomförd? Ja Nej **Om ja, bifoga utlåtande**

9. Vad är Din uppfattning om lämpligheten för körkortsinnehav?

Ok

Tveksam, men troligen OK

Tveksam, men troligen inte lämplig

Troligen olämplig

10. Behov av tolk - språk: _____

11. Övriga uppgifter eller kommentarer:

För information om medicinska krav för körkortsinnehav var god se
www.transportstyrelsen.se TSFS 2013:2

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