

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. Beskriv symptom - kognitiva och/eller fysiska nedsättningar som har betydelse för bilkörning:

2. Används läkemedel?

Ja Nej

3. Uppfyller patienten medicinska krav för körkort angående syn?

Efter stroke samt efter medfödd eller förvärvad hjärnskada ska synfältsundersökning utförts innan bedömning på Mobilitetscenter.

Ja Nej Undersökningsmetod: _____

4. Finns andra medicinska tillstånd som kan påverka trafiksäkerheten?

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

6. Vad är Din uppfattning om lämpligheten för körkortsinnehav?

Ok

Tveksam, men troligen OK

Tveksam, men troligen inte lämplig

Troligen olämplig

7. Behov av tolk - språk: _____

8. 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

