Datum:
Personnummer:

KÖRKORTSTILLSTÅND

Remiss för utredning inför ansökan om körkortstillstånd

Klinik:

Adress:

Telefon:
För direktkontakt

Remittent:

Underskrift:

Namn:

Adress:

Tel.nr:

Kontaktuppgift närstående:

Remiss avser utredning för behörighet:

☐ Moped (AM) ☐ Personbil (B**)** ☐ Högre behörighet

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

2. Behov av tolk:
Vid utredningen på Mobilitetscenter är det viktigt att förstå instruktioner för att kunna genomföra utredningen så bra som möjligt. Det kan därför vara bra att använda professionell tolk vid besöket – även om det inte behövs till vardags.

☐ Ja ☐ Nej Språk:

3. Används läkemedel?

☐ Ja ☐ Nej Om ja, vilka?

Mobilitetscenter
F O Petersons gata 24 plan 3, 421 31 Västra Frölunda
tel 031-22 05 90, fax 031-45 44 90

Mobilitetscenter

Datum:
Personnummer:

4. Finns andra medicinska tillstånd som kan påverka trafiksäkerheten?

5. Nuvarande sysselsättning: (ex. skola, arbete, praktik, daglig verksamhet, arbetslös)

6. Skolform: (ex. särskola, specialklass, assistent, extra stöd)

7. Boendesituation: (ex. bor med föräldrar, eget boende, särskilt boende)

8. Föreligger stödbehov? (ex. god man, LSS, kontaktperson)

9. Är neuropsykologisk utredning nyligen genomförd?

☐ Ja ☐ Nej Om ja, bifoga gärna utlåtande

10. 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 2010:125.

Skriv ut

Mobilitetscenter
F O Petersons gata 24 plan 3, 421 31 Västra Frölunda
tel 031-22 05 90, fax 031-45 44 90