

Ifylld blankett skickas till
Transportstyrelsen, 701 97 Örebro
Vänligen skriv tydligt.
Vi använder maskinell avläsning.

Namn- och adressfält



80704011

Sökandens personnummer

Besvara frågor om din hälsa. Avslutningsvis ska du intyga att uppgifterna är korrekta.

Jag ansöker om☐ Körkortstillstånd☐ Förlängning av högre behörighet☐ Utbyte av utländskt körkort☐ Komplettering**1. Synfunktioner**

Nedsatt synskärpa eller närsynthet är inte sådan synnedsättning som behöver anges här

a) Har du någon ögonsjukdom eller annan synnedsättning?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, vilken sjukdom/synnedsättning?

Exempel på vanligt förekommande ögonsjukdomar är glaukom, retinopati och retinitis pigmentosa.

Exempel på synnedsättning kan vara dubbelseende (d.v.s. att du har ett synfel som gör att det ser ut som två eller fler föremål när det bara finns ett).

b) Har du någon synfältsdefekt/synfältsnedsättning till exempel begränsat vidvinkelseende?

☐ Ja☐ Nej**2. Diabetes**

Har du diabetes?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, har du medicinering för diabetes?

☐ Ja☐ Nej

Medicinering för diabetes kan vara insulin, tabletter eller annan injektion såsom Victoza, Ozempic eller Trulicity.



80704012

Sökandens personnummer

3. Hjärt- och kärlsjukdomar

Har du eller har du haft någon hjärt- eller kärlsjukdom?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange vilken hjärt- eller kärlsjukdom och när det var.

Här avses till exempel stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan), TIA, kärlkramp, hjärtinfarkt, rubbningar av hjärtats rytm, nedsatt klafffunktion, hjärtsvikt eller annan hjärt-kärlsjukdom eller behandling med pacemaker/ICD.

4. Intellectuell funktionsnedsättning

Har du intellektuell funktionsnedsättning?

☐ Ja☐ Nej

5. Epilepsi

Har du eller har du haft epilepsi eller epileptiskt anfall?

☐ Ja☐ Nej

a) Om ja, ange tidpunkt för senaste epileptiska anfall:

b) Om ja, har du någon medicinering mot epilepsi/epileptiska anfall?

☐ Ja☐ Nej

6. Medvetandestörning

Har du haft läkarkontakt med anledning av svimningar eller av någon annan medvetandestörning?

☐ Ja☐ Nej

a) Om ja, vilken av följande:

☐ Svimningar☐ Annan medvetandestörning

b) När hade du läkarkontakt och varför?

7. Balansrubbningar

Har du eller har du haft överraskande anfall av balansrubbningar eller yrsel?

☐ Ja☐ Nej

a) Om ja, ange när senaste anfall var.

b) Om ja, hade du kontakt med läkare?

☐ Ja☐ Nej

Här avses överraskande anfall av balansrubbningar eller yrsel som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk till exempel Morbus Menière (Menières sjukdom) eller balansrubbningar/yrse som krävt läkarkontakt. Balansrubbningar eller yrsel som beror på till exempel godartad lägesyrse (kristallsjuka), lågt blodtryck eller migrän behöver inte anges.

Namn- och adressfält



80704013

Sökandens personnummer

8. Neurologiska sjukdomar

Har du Parkinsons sjukdom, MS (Multipel Skleros) eller någon annan neurologisk sjukdom?

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, vilken sjukdom?

☐ Parkinsons sjukdom

☐ MS (Multipel Skleros)

☐ Motoriska tics

☐ Annan neurologisk sjukdom

9. Rörelseorganens funktioner

Har du någon sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning som påverkar din rörlighet?

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange nedsättning eller sjukdom.

10. Demens och andra kognitiva störningar

Har du demens, Alzheimers sjukdom eller andra kognitiva störningar?

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, vilken sjukdom?

☐ Demens eller Alzheimers sjukdom

☐ Annan kognitiv störning

11. Allvarlig nedsatt njurfunktion och njursjukdomar

Har du allvarlig nedsatt njurfunktion till exempel njursvikt, eller har du genomgått njurtransplantation?

☐ Ja

☐ Nej



80704014

Sökandens personnummer

12. Sömn och vakenhetsstörningar

Har du någon sjukdom med sömn- eller vakenhetsstörning, till exempel sömnapné, narkolepsi eller snarksjukdom?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, vilken sjukdom?

☐ Sömnapné☐ Narkolepsi☐ Snarksjukdom eller annan sömnstörning**13. Alkohol, andra psykoaktiva substanser och läkemedel**

a) Har du eller har du haft beroende, skadligt bruk av eller skadligt mönster av bruk av alkohol, andra psykoaktiva substanser eller läkemedel?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange när det var och vilken/vilka substanser du använde.

b) Har du vårdats på grund av överkonsumtion av alkohol andra psykoaktiva substanser eller läkemedel?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange vilken vård eller behandling du har fått och när det var:

c) Har du eller har du haft medicinering mot överkonsumtion av alkohol eller bruk av annan psykoaktiv substans?

☐ Ja☐ Nej

Om ja, ange vilken medicinering:

När hade du medicinering?

☐ Pågående☐ Avslutad

Datum:

Exempel på läkemedel som kan användas mot överkonsumtion av alkohol är Antabus, Campral eller läkemedel som innehåller naltrexon. Exempel på läkemedel som kan användas mot bruk av annan psykoaktiv substans är läkemedel som innehåller buprenorfin, metadon eller naltrexon.

14. Psykiska sjukdomar och störningar

Har du eller har du haft någon psykisk sjukdom eller störning?

☐ Ja☐ Nej

a) Om ja, vilken sjukdom eller störning?

b) Har du någon medicinering med anledning av psykisk sjukdom eller störning?

☐ Ja☐ Nej

Namn- och adressfält



80704015

Sökandens personnummer

15. Övrig medicinering

Tar du regelbundet annan medicin än vad som framgår i tidigare frågor? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilken eller vilka medicin/mediciner och varför?

Du behöver inte ange preventivmedel, vitamintillskott eller behandling mot hudsjukdomar. Inte heller medicin mot allergi, astma, mage/tarm exempelvis magkatarr, gikt, KOL, förstorad prostata, impotens eller nedsatt funktion i sköldkörteln.

16. Övriga kommentarer

Har du övriga upplysningar angående din hälsa som du vill meddela Transportstyrelsen? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vad?

Underskrift

Jag intygar härmed att uppgifterna är korrekta och aktuella

Sökandes underskrift

Telefonnummer dagtid

Om du medvetet eller vårdslöst lämnar felaktiga uppgifter kan du dömas till böter

Hälsodeklarationen ska vara undertecknad tidigast två månader innan din ansökan om körkortstillstånd eller förlängning av högre behörighet kommer in till Transportstyrelsen.

Skicka blanketten till

Transportstyrelsen
701 97 Örebro