



LÄKARINTYG

Avseende ansökan om eller förlängning av kör- och montélicens.

Intyget lämnas till din hemmabana.

A. Personuppgifter

Licensnummer: _____
Personnummer: _____
Namn: _____
Adress: _____
Ort: _____
Telefonnummer dagtid: _____

Intygets giltighetstid (kalenderår du fyller):

16 år - 45 år, giltighetstid 10 år.

46 år - 60 år, giltighetstid 5 år.

61 år - 67 år, giltighetstid 2 år.

Det är **licensinnehavarens skyldighet** att meddela aktuellt travsällskap om eventuella sjukdomar eller olyckshändelser som kan förändra svaren i detta intyg efter undersökningstillfället. Om detta inträffar skall speciellt intyg från behandlande läkare skickas in och godkännas, för att körsven åter skall få delta i lopp.

B. Hälsodeklaration - frågor att besvaras i samband med läkarbesöket

1. Har du någon sjukdom, skada eller annat medicinskt förhållande som kan antas påverka förmågan att delta i travlopp? Ja Nej
2. Har du någon synrubbing, som t.ex.
 - a. nedsatt synskärpa Ja Nej
 - b. ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus) Ja Nej
 - c. synfältsdefekter (t ex begränsat vidvinkelseende) Ja Nej
 - d. dubbelseende Ja Nej
 - e. nattblindhet (påtagligt sämre syn i mörker) Ja Nej
 - f. nedsatt ögonrörlighet Ja Nej
 - g. annan synrubbing Ja Nej
3. a. Har du eller har du haft överraskande anfall av balansrubbing eller yrsel? Ja Nej
b. Har du allvarlig hörselnedsättning? Ja Nej
4. Har du någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner? Ja Nej
5. Har du eller har du haft hjärt- och/eller kärlsjukdom, som t ex
 - a. stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan) Ja Nej
 - b. kärlkramp Ja Nej
 - c. hjärtinfarkt Ja Nej
 - d. rubbningar av hjärtats rytm Ja Nej
 - e. nedsatt klafffunktion (blåsljud på hjärtat) Ja Nej
 - f. annan hjärt- eller kärlsjukdom Ja Nej
6. Har du diabetes? Ja Nej
7. Har du eller har du haft någon neurologisk sjukdom? Ja Nej
b. Har du haft hjärnskakning med efterföljande medvetslöshet? Ja Nej
8. a. Har du eller har du haft epilepsi?..... Ja Nej
b. Har du eller har du haft kramper, svimningar eller andra rubbningar av medvetandet? Ja Nej
9. Har du eller har du haft allvarligt nedsatt njurfunktion? Ja Nej
10. Har du upplevt besvär i form av störningar i uppmärksamhet, tankeförmåga eller minne? Ja Nej

C.

1. Har du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av ovanstående (punkterna B 1-10)? Ja Nej
2. Behandlas du för närvarande med lugnande eller sömngivande läkemedel, eller har du annan långvarig medicinering för någon av ovanstående sjukdomar (punkterna B 1-10)? Ja Nej

Om någon av frågorna C 1 eller C 2 besvarats med ja, ange då följande:

När - Vårdinrättning/klinik - Vilken eller vilka mediciner _____

3. Har du tidigare undersökts i samband med ansökan om körlicens? Ja Nej
4. Anser du dig för närvarande fullt frisk? Ja Nej

Härmed försäkras att de uppgifter jag lämnat avgetts helt sanningsenligt.

.....
Ort och datum

.....
Egenhändig namnteckning

D. Frågor att besvaras av läkaren**1. Syn**

- a. Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders?..... Ja Nej
(Om det framkommer anamnestiska uppgifter eller fynd som föranleder en noggrannare undersökning, t.ex. Goldmann- eller datorperimetri, skall resultatet av denna bifogas).
- b. Är ögonens rörlighet nedsatt (prövning skall ske i de åtta huvudmeridianerna)? Ja Nej
- c. Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet?..... Ja Nej
- d. Förekommer nystagmus? Ja Nej
- e. Framkommer anamnestiska uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? Ja Nej
- f. Har den undersökte någon progressiv ögonsjukdom? Ja Nej
- g. Synskärpa (varvid samtliga bokstäver skall kunna tydas på den rad som anger synskärpa)

	<u>Utan korrektion</u>	<u>Med korrektion</u>	<u>Korrektionsglas</u>	
--	------------------------	-----------------------	------------------------	--

Höger öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Kontaktlinser
Vänster öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	_____	_____	_____	

- h. Synfält enligt Donders (uppgiften är obligatorisk) Utan anmärkning > 160°
 Annat gradtal _____

2. Hörsel

- Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meter (hörapparat får användas)? Ja Nej
Om Ja, ange orsaken till orsaken till hörselnedsättningen: _____

3. Rörelseorgan

- a. Har patienten någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner som medför att körning i travlopp eller ridning i montélopp inte kan utföras på ett säkert sätt? Ja Nej

4. Hjärta och kärl

- a. Föreligger hjärt- eller kärlsjukdom som kan medföra en påtaglig risk för att hjärnans funktioner akut försämras eller som i övrigt innebär en risk som körsven/ryttare i travlopp? Ja Nej
- b. Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärllmissbildning)? Ja Nej
- c. Patientens värde på blodtryck: _____
- d. Finns tecken på hjärnskada efter trauma, stroke eller annan sjukdom i centrala nervsystemet? Ja Nej

5. Diabetes

- a. Har patienten diabetes? Ja Nej
Om frågan besvarats med ja, ange behandling: Kost Tabletter Insulin

6. Neurologiska sjukdomar

- a. Finns tecken på neurologisk sjukdom? Ja Nej

7. Njursjukdomar

- a. Föreligger allvarligt nedsatt njurfunktion som kan innebära en risk vid körning/ridning i travlopp? Ja Nej

8. Demens och andra kognitiva störningar

- a. Finns tecken på sviktande kognitiv funktion? Ja Nej

9. Vakenhetsstörning

- a. Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för, vakenhetsstörning? Ja Nej

10. Alkohol och droger

- a. Finns anamnestiska uppgifter, resultat av laboratorieprover eller andra tecken på bruk av medel som påverkar förmågan vid körning/ridning i travlopp? Ja Nej

11. Psykisk sjukdom

- a. Har eller har patienten haft psykisk störning/sjukdom, t ex schizofreni eller annan psykos, manodepressiv sjukdom eller diagnos som t ex ADHD, DAMP eller Aspergers syndrom? Ja Nej

12. Vakenhetsstörning

- a. Finns tecken på, eller anamnestiska uppgifter som talar för, vakenhetsstörning? Ja Nej

Jag, undersökande läkare, **bedömer patienten frisk** och ser inget hinder för henne/honom att delta i travlopp.

Jag, undersökande läkare, finner patientens hälsostatus **icke lämplig** att köra eller rida i travlopp (kopia till SVENSK TRAVSPORT).

.....
Ort och Datum

.....
Läkarens underskrift

.....
Telefon

.....
Namnförtydligande och stämpel