

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

**C.**

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av ovanstående (punkterna B 1-10)? .....   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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)? ..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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? ..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Anser du dig för närvarande fullt frisk? .....                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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*)

Utan korrektion    Med korrektion    Korrektionsglas

Höger öga \_\_\_\_\_  Kontaktlinser  
 Vänster öga \_\_\_\_\_   
 Binokulärt \_\_\_\_\_

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

**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 insändes till STC).

.....  
 Ort och datum

.....  
 Läkarens underskrift

.....  
 Telefon

.....  
 Namnförtydligande och stämpel