



## UTLÅTANDE ÖVER ALLMÄN LÄKARUNDERSÖKNING

### Avseende Internationell licensansökan

Undersökningsort	Datum
Efternamn, Förnamn	Personnr
Yrke/Titel	Nationalitet
Fullständig adress	Tel dagtid
Sportgren <input type="checkbox"/> RY <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> GK <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Annan	Tävlingsklass
Antal tävlingar senaste 12 månaderna	Klubb

#### Sjukhistoria, frågor att besvaras av den sökande inför läkaren:

Antal sjukdagar senaste året			Orsak
Har du haft eller har du något av nedanstående?	Nej	Ja	Förklaringar, anmärkningar
Varit utsatt för olycka eller tillbud			Vilken?
Råkat ut för hjärnskakning eller medvetslöshet			
Fallandesjuka (epilepsi) eller kramper			
Återkommande huvudvärk eller migrän			
Yrsel eller svindel			
Nerv- eller muskelsjukdom			
Nervösa besvär, stress- eller depressionstillstånd			
Ögonsjukdom/Synnedättning			
Skelning/dubbelseende			
Använder du glasögon/kontaktlinser			
Hörselnedsättning			
Sockersjuka, struma eller annan ämnesomsättningsjukdom			
Astma, hösnuva eller annan allergi			Medicinering
Andfäddhet vid ansträngning			
Attacker av hjärtklappning eller bröstsmärta			
Hjärt- eller kärlsjukdom			
Symtom på högt eller lågt blodtryck			
Mag- eller tarmbesvär			
Menstruationsbesvär			
Sjukdom eller skada i skelett, muskler eller ledgångar			
Nacke- eller ryggbesvär, ischias			
Har du vårdats på sjukhus. Vilket?			Orsak?
Av annan anledning än ovan sökt läkare			
Använder du sömn- eller lugnande medel			Vilka?
Använder du smärtstillande medel			Vilka?
Är du av läkare ordinerad annan medicin			
Använder du andra, receptfria, medel			<input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> Vid behov
Har din kroppsvikt ändrats senaste året			Ökat      kg      Minskat      kg
Röker du			Hur mycket?
Känner du dig fullt frisk			
Motionerar du regelbundet?			Hur?
Längd cm			BMI = $V/L^2$ = (Bodymass index)
Vikt kg (hela tal)			

Jag försäkrar att jag sanningsenligt besvarat dessa frågor och medger att ev sjukhandlingar och journaler må utlämnas till Bilsportförbundets läkare:

.....  
Ort & datum

.....  
Sökandens underskrift

## Frågor att besvaras av läkaren angående den person som avgivit ovanstående deklaration

Finns tecken på sjukdomar i:	Nej	Ja	Undersökningsfynd, anmärkningar:
Hjärta			
Arbets EKG > 45 år <b>Obligatoriskt</b> vart annat år			<input type="checkbox"/> Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Svar bifogas
Lungor			
Muskler eller leder			
Rygg/extremiteter			
Centrala nervsystemet			
Perifera nervsystemet			
Munhåla och svalg			
Psykiska avvikelser			
Är huvudets rörlighet i sidled nedsatt			
Synfältsdefekter			
Ögonmuskelpareser			
Nystagmus			
Ögonlock och bindehinnor			
Innehåller urinen Äggvita Socker Sediment när så erfordras			
Uppfattas med vardera örat för sig vanlig samtalsstämma på 4 m avstånd			
Blodtryck Systoliskt			
Diastoliskt			
Synskärpa	Utan korrektion	Med korrektion	>0.9 för vardera ögat
Binokulärt			Vid behov av korrektion $> \pm 3D$ skall glasens styrka alltid anges:
Höger öga			sf <input type="checkbox"/> cyl ax
vänster öga			sf <input type="checkbox"/> cyl ax
Glasögon <input type="checkbox"/> Ständigt bruk <input type="checkbox"/> Tillfälligt bruk <input type="checkbox"/> Kontaktlinser			<input type="checkbox"/> Färgsinne normalt <input type="checkbox"/> Färgsinne defekt
Har vid undersökningen eljest framkommit något eller känner Ni i övrigt något rörande sökandet som kan vara av betydelse för bedömandet av vedebörandes lämplighet för angiven licens/Accident Control Card:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	

### UTLÅTANDE

Föreligger hinder utifrån angiven hälsodeklaration och undersökning för avsedd tävlingskörning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Sammanfattande anmärkning			
Namnteckning	Telefon dagtid:	Namnförtydligande och stämpel	
	Telefax:		
Av Socialstyrelsen behörig legitimerad läkare			
<b>FÖRBUNDETS BESLUT:</b> Sökande bör före ärendets avgörande undersökas av läkare med specialistkompetens i:			

Sändes till **SVENSKA BILSPORTFÖRBUNDET**

Postadress **Bilspportens Hus  
Bergkällavägen 31A  
192 79 SOLLENTUNA**

Telefon: **08-626 33 50**  
Fax: **08-626 33 22**