

Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort

Godkendt af Styrelsen for Patientsikkerhed

AFSNIT A

De skal besvare alle spørgsmål på denne side inden lægeundersøgelsen. Hvis Deres navn, adresse og personnummer ikke er udfyldt på forhånd, bedes De skrive dette med blokbogstaver. Når lægen har gennemlæst Deres svar på de enkelte spørgsmål, skal De **i lægens påsyn** underskrive blanketten nederst på siden.

| | | | |
|----------|--|----------------|--|
| Navn: | | Personnummer: | |
| Adresse: | | Postnr. og by: | |

Ansøger De om kørekort til en kategori i gruppe 1, i gruppe 2 eller eventuelt i begge grupper? (Sæt kryds).

Gruppe 1: AM (stor knallert) A1, A2, A (motorcykel) B (almindelig bil og B+)
 T/M (traktor/motorredskab) B/E (almindelig bil med stort påhængskøretøj)

Gruppe 2: C1, C (lastbil) D1, D (bus)
 C1/E, C/E eller D1/E, D/E (lastbil eller bus med stort påhængskøretøj)
Kørekort til erhvervmæssig personbefordring: Erhverv B (taxa) Erhverv D1, D (bus)
Påtegning om godkendelse som kørelærer

Spørgsmålene besvares ved afkrydsning i ja eller nej

| | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| Har De tidligere haft kørekort? | | |
| Er udstedelse af kørekort nogensinde blevet nægtet Dem på grund af Deres helbredstilstand? | | |
| A | | |
| Har De dobbeltsyn? | | |
| Er De natteblind (dvs. har De svært ved at finde vej i mørke)? | | |
| Bruger De briller med styrke større end + 8? | | |
| B | | |
| Har De nedsat hørelse? | | |
| C | | |
| Kan De bruge arme og ben fuldt ud? | | |
| Har De nedsat bevægelighed i nakken? | | |
| D | | |
| Har De eller har De haft hjerte- og/eller blodkarsygdomme? | | |
| E | | |
| Har De diabetes? | | |
| F | | |
| Har De eller har De haft epilepsi eller andre nervesygdomme? | | |
| Har De haft svimmelhedsanfald, besvimelsestilfælde eller krampeanfald inden for de sidste fem år? | | |
| G | | |
| Har De eller har De haft psykiske sygdomme? | | |
| Har De problemer med at huske eller orientere Dem? | | |
| H | | |
| Tager De bevidsthedspåvirkende stoffer eller trafikfarlig medicin (fx stærkt smertestillende medicin og eller beroligende-/sove medicin)? | | |

Lægeattesten på de følgende sider (afsnit B) skal udfyldes af Deres sædvanlige læge. Hvis en anden læge udfylder lægeattesten, skal De give en fyldestgørende grund hertil:

Jeg har besvaret de stillede spørgsmål under strafansvar efter straffelovens § 163.*

Dato og år

Ansøgerens underskrift

* **Straffelovens § 163:** Den, som i øvrigt til brug i retsforhold, der vedkommer det offentlige, skriftligt eller ved andet læsbart medie afgiver urigtig erklæring eller bevidner noget, som den pågældende ikke har viden om, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.

_____ - _____
Ansøgerens cpr.nr.

Lægens stempel og underskrift

AFSNIT B

Lægeattest

Lægeerklæringens formål er at give personalet i kommunerne og på politiets kørekortkontorer oplysninger til brug for vurdering af, om ansøgeren opfylder de helbredsmæssige betingelser for at få udstedt eller fornyet kørekort. Der skal derfor i videst muligt omfang benyttes danske eller alternativt almindeligt forståelige betegnelser for sygdomme, anatomiske forhold mm. Supplerende oplysninger skal anføres på side 4.

A 1. Synsstyrke

| | Uden korrektion | Med korrektion |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| Højre øje: | | |
| Venstre øje: | | |
| Binokulært (begge øjne samtidigt): | | |

Synsstyrken prøves på hvert øje for sig og binokulært (begge øjne samtidigt). Synsstyrken kan enten angives som en brøk eller som decimaltal. I brøken er tælleren afstanden til synstavlen i meter (almindeligvis 6), og nævneren er betegnelsen på den linje på synstavlen, hvor alle bogstaver kan læses. Hvis synstavlen ikke indeholder de synsstyrkeniveauer der indgår som grænseværdier i bekendtgørelsen, kræves opfyldelse af nærmeste højere niveau på tavlen. Når man eksempelvis måler synsstyrken på en Snellentavle, er synsstyrken 0,6 først opfyldt, når undersøgte ser alle bogstaver i 6/9 linien (svarende til en synsstyrke på 0,67).

Foreligger der hos undersøgte:

Ja Nej

A 2. Synsfeltindskrænkning? ----- >

Ved synsfeltindskrænkning på et eller begge øjne skal synsfeltet nærmere vurderes af øjenlæge, og der bør medsendes aktuel udtalelse fra øjenlæge med oplysning om synskrav er opfyldt.

Synsfeltets ydergrænse bestemmes a.m. Donders i horisontalplanet, i vertikalplanet, samt i skråmeridianerne for at finde eventuelle kvadrant- eller hemianopsier. Lægen stiller sig foran undersøgte og placerer sin hånd i midtplanet mellem sig selv og undersøgte, så langt mod periferien som muligt. Lægen spørger nu om undersøgte, kan se hånden, og i givet fald om fingrene bevæger sig eller holdes stille. Lægen bevæger nu sin hånd en anelse længere ind langs meridianen og gentager proceduren. Det punkt hvor undersøgte, kan afgøre om lægens fingre bevæger sig eller ej, angiver synsfeltets ydergrænse i den pågældende meridian.

For gruppe 1 kategorier skal det binokulære synsfelt i det horisontale plan være mindst 120°. Samtidig skal der være bevaret synsfelt ud til 50° både til højre og til venstre for fiksationspunktet, og ud til 20° både opad og nedad for fiksationspunktet.

For gruppe 2 kategorier skal det binokulære synsfelt i det horisontale plan være mindst 160°. Samtidig skal der være bevaret synsfelt ud til 70° både til højre og til venstre for fiksationspunktet, og ud til 30° både opad og nedad for fiksationspunktet.

A 3. Øjensygdom? ----- >

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har øjensygdomme af betydning for synsevnen. Brydningsfejl og/eller gennemført kataraktoperation skal ikke nævnes. Under "Supplerende oplysninger" kan anføres diagnose. Ved progressiv sygdom kan der medsendes aktuel udtalelse fra øjenlæge.

B 1. Nedsat hørelse? ----- >

Begge ører prøves samtidigt i 4 meters afstand. Spørgsmålet besvares bekræftende, hvis almindelig talestemme ikke kan forstås uden brug af høreapparat.

C 1. Sygdom eller deformitet i bevægeapparatet? ----- >

Besvares bekræftende, hvis undersøgte f.eks. har bevægelsesindskrænkninger i ryg og hals, således at orientering bagud ikke kan finde sted, har misdannelser eller deformiteter i ekstremiteterne, herunder nedsat herredømme over eller nedsat kraft i ekstremiteterne af betydning for betjening af styretøj, pedaler eller instrumenter, eller har totalt ubevægelige led eller led med nedsat bevægelighed. Under "Supplerende oplysninger" anføres objektive fund og diagnoser. Aktuel og relevant speciallæge-udtalelse kan medsendes såfremt tilstanden er progredierende/ikke har været stabil de seneste 5 år.

D 1. Hjerter-kar-sygdom?----- >

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige forstyrrelser i hjerterytmen, eller angina pectoris, eller hvis undersøgte har haft hjerteinfarkt, bruger pacemaker/ICD, eller har gennemgået hjerteoperationer inden for de sidste fem år. Velbehandlet forhøjet blodtryk og/eller asymptomatisk atrieflimmer skal ikke anføres.

Under "Supplerende oplysninger" anføres diagnose og ordineret medicin, symptomer, bl.a. i form af inkompenstation, angina pectoris (stabil/ustabil) eller arrytmie. Blodtrykket anføres kun ved manifest hjerter-kar-sygdom. Tidspunkt for evt. hjerteinfarkt eller -operation anføres. Aktuel udtalelse fra speciallæge i kardiologi kan medsendes såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.

OBS! Hver side dateres, påføres ansøgerens navn og personnummer samt lægens stempel og underskrift (sidstævnte i afvigende farve).

OBS! Hver side dateres, påføres ansøgerens navn og personnummer samt lægens stempel og underskrift (sidstnævnte i afvigende farve).

| Foreligger der hos undersøgte: | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| E 1. Diabetes der ikke behandles med medicin? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E 2. Diabetes der behandles med medicin som ikke kan medføre hypoglykæmi? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E 3. Diabetes der behandles med medicin som kan medføre hypoglykæmi? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis der er konstateret diabetes hos undersøgte. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres diagnosetidspunkt og behandling, samt om der har været hypoglykæmiske tilfælde. I bekræftende fald: hvor hyppigt og hvornår sidst?</p> <p>Diabetesblanket skal udfyldes/medsendes ved gruppe 2 ansøgning hvis ansøger behandles med medicin som kan medføre hypoglykæmi (insulin m.m.), og ved gruppe 1 ansøgning hvis diabetes-sygdommen er ustabil eller har medført komplikationer.</p> | | |
| F 1. Generaliserede kramper eller epilepsi? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, ved grand mal (kramper med bevidsthedsstab), ved petit mal (absencer) og ved andre epileptiske manifestationer. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres diagnosetidspunkt, hvor hyppigt sygdommen har vist sig de sidste 10 år, hvornår det seneste anfald fandt sted samt ordineret medicin, art, dosis og evt. ophørstidspunkt. Aktuel neurologisk speciallægeudtalelse skal medsendes såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.</p> | | |
| F 2. Bevidsthedsforstyrrelse eller svimmelhed? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis undersøgte har haft bevidsthedsforstyrrelser eller svimmelhed inden for de sidste fem år. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres omstændighederne omkring anfaldet, evt. udløsende faktorer, hyppigheden, hvornår fandt det seneste anfald sted samt om muligt diagnosen. Aktuel og relevant speciallægeudtalelse kan medsendes såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.</p> | | |
| F 3. Anden sygdom i nervesystemet? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis der foreligger oplysning om andre nervesygdomme, der kan påvirke evnen til at føre motorkøretøj. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres diagnosen samt evt. diagnosetidspunkt. Aktuel neurologisk speciallægeudtalelse bør medsendes ved progressiv sygdom såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.</p> | | |
| G 1. Psykisk sygdom? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige psykiske sygdomme, er psykisk udviklingshæmmet eller alvorligt mentalt retarderet. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres diagnosen, undersøgtes nuværende tilstand samt art og dosis af evt. medicinsk behandling. Aktuel udtalelse fra psykiatrisk speciallæge kan medsendes såfremt tilstanden har medført indlæggelse inden for det seneste år.</p> | | |
| G 2. Mental svækkelse eller kognitive problemer? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlig svækket dømmekraft eller alvorlig svækket mental eller kognitiv funktion. Undersøgelserne for kognitivt funktionsniveau (urskivetest og ordgenkaldelse) skal udføres ved fornyelse af kørekort fra det 70. år. Kun i bekræftende fald skal der under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres: Er undersøgte orienteret i tid og egne data?, Hvordan udføres urskivetesten med tidsangivelse kl. 11:10 eller kl. 16:40? Er tallene tilstede og korrekt placeret? Er viserne tilstede og korrekt placeret? Hvor mange af tre indlærte ord huskes efter afledning?</p> | | |
| H 1. Alkoholmisbrug? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedssyndrom (kronisk alkoholisme). Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" beskrives: Misbruget eller indtagelsens karakter, omfang og varighed, og i hvilken periode undersøgte evt. har været afholdende? I tvivlstilfælde kan der medsendes aktuel udtalelse fra speciallæge psykiatri.</p> | | |
| H 2. Forbrug af bevidsthedspåvirkende stoffer? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedssyndrom. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" beskrives: misbruget eller indtagelsens karakter, omfang og varighed og i hvilken periode undersøgte evt. har været stoffri? I tvivlstilfælde kan der medsendes aktuel udtalelse fra speciallæge i psykiatri.</p> | | |
| H 3. Forbrug af trafikfarlige lægemidler? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis undersøgte indtager trafikfarlige lægemidler. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres lægemidlets navn og dosis.</p> | | |
| I 1. Nedsat nyrefunktion? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis undersøgte har nyreinsufficiens, der kræver regelmæssig lægekontrol. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres diagnosen samt behandling. Aktuel og relevant speciallægeudtalelse kan medsendes ved kronisk dialyse og/eller progressiv sygdom såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.</p> | | |
| J 1. Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold herunder søvnapnoe? ----- > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Besvares bekræftende, hvis undersøgte har sygdom der påvirker evnen (herunder nedsat reaktionssevne) til at føre motorkøretøj. Under "<i>Supplerende oplysninger</i>" anføres, diagnose og behandling inklusiv vurdering af reaktionsevne sammenholdt med øvrige helbredstilstand. Ved søvnapnoe kan medsendes aktuel relevant speciallægeudtalelse om behandlingseffekt og behandlingskompliance.</p> | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | - | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ansøgerens cpr.nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Supplerende oplysninger

Hvis et eller flere af spørgsmålene er besvaret bekræftende, eller hvis ansøgerens besvarelse af spørgsmålene på forsiden (afsnit A) eller forhold, som lægen i øvrigt måtte være bekendt med, begrundet det, skal der gives supplerende oplysning om:

| Konklusion | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| 1) Skønnes undersøgtes helbredstilstand generelt at være hindrende for udstedelse eller fornyelse af kørekort? | | |
| 2a) Er tilstanden stationær? | | |
| 2b) Hvis nej, er tilstanden da forværret siden sidste udstedelse af kørekort? | | |
| 3) Anbefales vejledende helbredsmæssig køretest som følge af undersøgtes helbredsforhold? | | |

Eventuelt supplerende bemærkninger:

Undertegnede læge har dags dato undersøgt ansøgeren, som ER ___/IKKE ER ___ mig bekendt. Ansøgeren har til identifikation medbragt vedlagte fotografi, som jeg nu har underskrevet og påført ansøgerens personnummer på bagsiden. Jeg har endvidere gennemlæst ansøgerens svar på spørgsmålene på blankettens forside samt gjort mig bekendt med eventuelle sundhedsfaglige forhold af betydning for ansøgerens tidligere kørekort.

_____, den /

Lægens stempel

Lægens underskrift

(Attesten og fotografiet overgives ansøgeren i en lukket kuvert, som er forsynet med lægens navn/stempel).