



# LÄKARINTYG FÖR LICENS

Avseende ansökan om kör-/montélicens,  
eller förlängning av kör-/montélicens.

## Blanketten lämnas till din hemmabana.

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 ska speciellt intyg från behandlande läkare skickas in och godkännas för att körsven/ryttare åter ska få delta i lopp.

Svensk Travsport  
Box 20151, 161 02 BROMMA  
Telefon 08-475 27 00 (kundtjänst)

### Läkarintygets giltighetstid

Läkarintygets giltighetstid räknas per det kalenderår du fyller:

Ålder: <50 år 50-69 år >70

Giltighetstid: 1 intyg 5 år 1 år

## A. Personuppgifter

Namn	Personnummer
Licensnummer	Telefon
Gatuadress	Postadress

## B. Hälsodeklaration (besvaras av patienten i samband med läkarbesöket)

- Har du någon sjukdom, skada eller annat medicinskt förhållande som kan antas påverka förmågan att delta i travlopp?  Ja  Nej
- Har du någon synrubbing, som till exempel:
  - nedsatt synskärpa?  Ja  Nej
  - ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus)?  Ja  Nej
  - synfältsdefekter (till exempel begränsat vidvinkelseende)?  Ja  Nej
  - dubbelseende?  Ja  Nej
  - nattblindhet (påtagligt sämre syn i mörkret)?  Ja  Nej
  - nedsatt ögonrörlighet?  Ja  Nej
  - annan synrubbing?  Ja  Nej
- Har du eller har du haft överraskande anfall av balansrubbing eller yrsel?  Ja  Nej
  - Har du allvarlig hörselnedsättning?  Ja  Nej
- Har du någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner?  Ja  Nej
- Har du eller har du haft hjärt- och/eller kärlsjukdom, som till exempel:
  - stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan)?  Ja  Nej
  - kärlkramp?  Ja  Nej
  - hjärtinfarkt?  Ja  Nej
  - rubbingar av hjärtats rytm?  Ja  Nej
  - nedsatt klafffunktion (blåsljud på hjärtat)?  Ja  Nej
  - annan hjärt- eller kärlsjukdom?  Ja  Nej
- Har du diabetes?  Ja  Nej
- Har du eller har du haft någon neurologisk sjukdom?  Ja  Nej
  - Har du haft hjärnskakning med efterföljande medvetlöshet?  Ja  Nej
- Har du eller har du haft epilepsi?  Ja  Nej
  - Har du eller har du haft kramper, svimningar eller andra rubbingar av medvetandet?  Ja  Nej
- Har du eller har du haft allvarligt nedsatt njurfunktion?  Ja  Nej
- Har du upplevt besvär i form av störningar i uppmärksamhet, tankeförmåga eller minne?  Ja  Nej

## C.

- Har du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av ovanstående (punkterna B 1-10)?  Ja  Nej
- 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: \_\_\_\_\_

- Har du tidigare undersökts i samband med ansökan om kör-/montélicens?  Ja  Nej
- Anser du dig för närvarande fullt frisk?  Ja  Nej

**Härmed försäkras att de uppgifter jag lämnat avgetts helt sanningsenligt.**

### Underskrift av sökande

Namnteckning	Ort och datum
--------------	---------------

Information om Svensk Travsports hantering av personuppgifter finns beskrivet på [travsport.se/integritetspolicy](http://travsport.se/integritetspolicy).

D. Frågor att besvaras av läkaren

**Uppgifter om patienten**

Namn	Personnummer
------	--------------

**1. Syn**

- a. Finns tecken på synfältsdefekter vid undersökning enligt Donders? .....  Ja  Nej

Om det framkommer anamnesticke uppgifter eller fynd som föranleder en noggrannare undersökning, till exempel Goldmann- eller datorperimetri, ska resultatet av denna undersökning bifogas.

- b. Är ögonens rörlighet nedsatt (prövning ska ske i de åtta huvudmeridianerna)? .....  Ja  Nej  
 c. Framkommer dubbelseende vid prövning av ögats rörlighet? .....  Ja  Nej  
 d. Förekommer nystagmus? .....  Ja  Nej  
 e. Framkommer anamnesticke uppgifter om begränsning av seendet vid nedsatt belysning? .....  Ja  Nej  
 f. Har den undersökta någon progressiv ögonsjukdom? .....  Ja  Nej  
 g. Synskärpa (varvid samtliga bokstäver ska kunna tydas på den rad som anger synskärpa):

	Utan korrektion	Med korrektion	Korrektionsglas	
Höger öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Kontaktlinser
Vänster öga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Kontaktlinser
Binokulärt	_____	_____	_____	

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

**2. Hörsel**

- a. Har patienten svårt att uppfatta vanlig samtalsstämma på fyra meters avstånd (hörapparat får användas)? .....  Ja  Nej

Om ja, ange orsaken till hörselnedsättningen: \_\_\_\_\_

**3. Rörelseorgan**

- a. Har patienten någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner som medför att körning/ridning i travlopp 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 vid körning/ridning i travlopp? .....  Ja  Nej  
 b. Föreligger viktiga riskfaktorer för stroke (tidigare stroke eller TIA, förhöjt blodtryck, förmaksflimmer eller kärlmissbildning)? .....  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 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 anamnesticke uppgifter som talar för, vakenhetsstörning? .....  Ja  Nej

**10. Alkohol och droger**

- a. Finns anamnesticke 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, till exempel schizofreni eller annan psykos, manodepressiv sjukdom eller diagnos som till exempel ADHD, DAMP eller Aspergers syndrom? .....  Ja  Nej

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

**13.** Jag, undersökande läkare, finner patientens hälsostatus **icke lämplig** att delta i travlopp. (Kopia på blanketten skickas till Svensk Travsport, Box 20151, 161 02 Bromma.

**Underskrift av läkare**

Namnsteckning	Ort och datum
Namnförtydligande och stämpel	Telefon