

Box 2314  
600 02 Norrköping  
Telefon: 011-231083  
www.svemo.se  
licens@svemo.se

## Läkarundersökning för föraren

### Innehåll:

1. Personuppgifter. Ifylles av föraren.
2. Frågor att besvaras inför läkaren. Ifylles av läkaren.
3. Status. Ifylles av läkaren.
4. Anvisningar till läkaren.

### Förarens personuppgifter (TEXTA)

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	
E-post adress			
Yrke	Tel. bost.	Tel. arb.	
Läkarundersökningen avser			
Tävlingslicens förare över 60/67 år <input type="checkbox"/>		Engångslicens förare över 60/67 år <input type="checkbox"/>	
Tävlingslicens förare för medicinsk bedömning av annan orsak <input type="checkbox"/>			
Klubbtillhörighet			

**Frågor att besvara inför läkaren** (Anvisningar för läkaren, sid 4)

	JA	NEJ		JA	NEJ
1. Använder du för närvarande någon medicin? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Luxation av axel-, fotled, patella etc? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är du blodgivare? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Allvarlig kroppsskada som t. ex föranlett op. gips el. dylikt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Har du eller har haft:</b>					
3. Hjärt/kärlsjukdom/-besvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Rygg/nackbesvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lungsjukdom/andningsbesvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Allvarlig ÖNH sjd, hörselsk. bihålebesvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Njursjukdom? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Ögonsjukdom/skada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endokrin sjukdom, t ex diabetes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Använder du glasögon/kontaktlinser? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mag eller tarmsjukdom/-besvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Nervösa, psykiska problem (ångest, cellskräck)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neurologisk sjukdom, epilepsi? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Annan allvarlig sjukdom? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kramper, svimning, yrsel, medvetanderubbning? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Har du någon gång:</b>		
10. Blodbrist eller blodsjukdom? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Legat på sjukhus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Allergiska reaktioner t ex hösnuva eller astma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Använt stimulerande medel el.narkotika? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Benägenheter för infektioner i övre luftvägarna? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Varit i kontakt m. psykiatrisk beh. enhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sjukdom i skelett, muskler eller leder? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Varit i kontakt med nykterhetsvård? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hjärnskakning/skallskada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JA	NEJ
15. Bråck? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Kan du springa obehindrat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			30. Känner du dig helt frisk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Plats för anmärkningar. Notera nummer enligt ovan**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Härmed försäkras på heder och samvete att här lämnade uppgifter av mig efter bästa förstånd angivits fullt sanningsenligt. Jag medger att Svenska Motorcykel- och Snöskoterförbundets förbundsläkare får ta del av mina sjukjournaler och andra medicinska handlingar.

Ort och datum

Egenhändig namnteckning

## STATUS

1. AT .....
2. Muskler ..... Leder .....
- Extremiteter..... Rygg/nacke .....
- Längd..... Vikt.....

### Funktionella test:

Styrka, klarar uppstigning på stol med ett ben i taget (steptest)

Vä  Hö  Anmärkning .....

Rörlighet, huksittande (fot-, knä, höftled)

Vä  Hö  Anmärkning .....

Rörlighet, axlar 180° elevation (händerna framåt, uppåt)

Vä  Hö  Anmärkning .....

Rörlighet, axlar inåtrotation (kan lägga handryggen över sacrum)

Vä  Hö  Anmärkning .....

3. Pulm, fys us .....
4. Cor fys us .....
5. Blodtryck..... Vilopuls.....
6. EKG (ålder > 50 år) .....
7. Ögon, synfält grovt provade .....
8. Bråck.....
9. Synskärpa

Har glasögon för ständigt bruk

Tillfälligt (läsglas) bruk

Kontaktlinser

	Utan korr	Med korr
Binokulärt		
Hö öga		
Vä öga		

10. Neurologi: (inkl. Romberg, finger-näs) .....
11. Psyke .....

**LAB:** Hb..... **Urin:** glykos .....protein .....

Kompletterande undersökningar.....

Anmärkning .....

**Godkänd**  **Ikke godkänd**  **Fall för SVEMO att granska**

Ort och datum

Läkarens namnteckning och stämpel, adress och telefon

Förbunds läkarens noteringar: .....

## Anvisningar till läkaren

Allmänna hälsokrav för föraren.

Den som avser att ta tävlingslicens skall vara fri från sjukdom eller skada som kan utgöra risk.

Tillbud kan uppstå på grund av att sinnen inte fungerar tillfredsställande till exempel dålig syn, problem i rörelseapparaten eller om medvetandet försämrats.

Med anledning av de speciella fysiska och fysiologiska förhållanden som gäller vid Motorcykelsport är kraven strängare än för andra sporter och läkarundersökningen är av stor vikt.

**Vid frågor kan förbundsläkaren kontaktas via SVEMO, se framsidan.**

**Komplettera gärna läkarundersökningen med andra prover, undersökningar eller annat om anamnes eller status lämnar oklarheter. Vi vill också uppmärksamma på möjligheten att kryssa i *"Fall för SVEMO att granska"* på sidan tre.**

