

Hälsodeklaration

Fyll i alla tre sidor och ta med till besöket

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Telefonnummer

E-mailadress

1. Vilka behörigheter söker du?

- | | | |
|------|---|--------------------------|
| C1 | (Medeltung lastbil)..... | <input type="checkbox"/> |
| C1E | (Medeltung lastbil med tungt släp)..... | <input type="checkbox"/> |
| C | (Tung lastbil)..... | <input type="checkbox"/> |
| CE | (Tung lastbil med tungt släp)..... | <input type="checkbox"/> |
| D1 | (Mellanstor buss)..... | <input type="checkbox"/> |
| D1E | (Mellanstor buss med tungt släp)..... | <input type="checkbox"/> |
| D | (Buss)..... | <input type="checkbox"/> |
| DE | (Buss med tungt släp)..... | <input type="checkbox"/> |
| Taxi | | <input type="checkbox"/> |

2. Hur lång är du? (Din längd i cm)

3. Hur mycket väger du? (Din vikt i kg)

4. Har du svårigheter att se i mörker?..... Ja Nej
5. Har du någon progressiv ögonsjukdom? (T ex starr, makuladegeneration etc)..... Ja Nej
6. Har du överraskande anfall av balansrubbingar eller yrsel?..... Ja Nej
7. Har du problem med hörseln?..... Ja Nej
8. Har du besvär med rörelseförmågan? (Problem att röra dig obehindrat)..... Ja Nej
9. Har du någon hjärt- eller kärlsjukdom?..... Ja Nej
10. Har du diagnosticerats med högt blodtryck? Ja Nej
11. Har du diagnosticerats med förmaksflimmer?..... Ja Nej
12. Har du diagnosticerats med stroke eller TIA?..... Ja Nej
13. Har du diagnosticerats med hjärnskada? (Till följd av t ex neurologisk sjukdom, stroke, eller slag mot huvudet)..... Ja Nej
14. Har du diagnosticerats med diabetes? Ja Nej
- Om ja, vilken typ av diabetes? Typ 1 Typ 2
- Vilken behandling har du? Kost Tabletter Insulin Annat
15. Har du diagnosticerats med neurologisk sjukdom? (T ex Parkinson, MS, ALS)..... Ja Nej
16. Har du, eller har du haft epileptiskt anfall, epilepsi eller annan medvetandestörning? Ja Nej
17. Har du diagnosticerats med någon njursjukdom? Ja Nej
18. Har du demens eller annan minnesstörning?..... Ja Nej
19. Har du någon sömn- eller vakenhetsstörning? (T ex sömnapné, narkolepsi)..... Ja Nej
20. Har du, eller har du haft, missbruk av narkotika eller alkohol?..... Ja Nej
21. Har du diagnosticerats med psykisk sjukdom? (T ex schizofreni, bipolär sjukdom, psykos)..... Ja Nej

22. Har du diagnostiserats med neuropsykiatrisk sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd? (T ex ADD, ADHD, DAMP, Asperger, Tourettes, Autism) ... Ja Nej

23. Har du haft kontakt med läkare eller vårdats på sjukhus med anledning av någon av frågorna i detta formulär? Ja Nej

- Om ja, när och var?

24. Vilka läkemedel använder du? (Fyll i dessa i fältet nedan)

25. Är du allergisk mot något? (T.ex. något läkemedel)..... Ja Nej

- Om ja, ange vad du är allergisk mot:

26. Känner du dig fullt frisk? Ja Nej

- Om nej, beskriv varför du inte känner dig fullt frisk:

Personuppgifterna inhämtas för att kunna fullgöra avtalet med den registrerade, i enlighet med GDPR. Ändamålet är fullgörande av tjänsten samt journalföring. Uppgifterna delas med Transportstyrelsen och lagras hos intygdirekt.se i max 10 år. Du har möjlighet att lämna klagomål kring hanteringen av personuppgifterna hos Datainspektionen.

Jag intyggar härmed på heder och samvete att samtliga lämnade uppgifter är med sanningen överensstämmande. Genom att underteckna hälsodeklarationen samtycker jag till behandling av personuppgifterna enligt ovan.

Ort och datum

Namnteckning