|  |  |
| --- | --- |
| h**SVENSKA BILSPORTFÖRBUNDET****Box 705 · 191 27 SOLLENTUNA****Telefon 08-626 33 00 | E-post licens@sbf.se** | **UTLÅTANDE ÖVER ALLMÄN LÄKARUNDERSÖKNING**Avseende ansökan om Internationell tävlingslicens**Vänligen texta tydligt!** |
|  |

2023-12-18

|  |  |
| --- | --- |
| Undersökningsort | Datum |
| Efternamn, Förnamn | Personnr |
| Adress | Nationalitet |
| Postadress | Tel. dagtid |
| Sportgren [ ]  DR [ ]  KA [ ]  RA [ ]  RY [ ]  RC [ ]  CD | Tävlingsklass |
| Förening | Antal tävlingar senaste 12 mån. |

**Sjukdomshistorik, frågor att besvara 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? |  |  |  |
| Epilepsi eller kramper? |  |  |  |
| Återkommande huvudvärk eller migrän? |  |  |  |
| Yrsel eller svindel? |  |  |  |
| Nerv- eller muskelsjukdom? |  |  |  |
| Nervösa besvär, stress- eller depressionstillstånd? |  |  |  |
| Ögonsjukdom/Synnedsättning? |  |  |  |
| Skelning/dubbelseende? |  |  |  |
| Använder du glasögon/kontaktlinser? |  |  |  |
| Hörselnedsättning? |  |  |  |
| Sockersjuka, struma eller annan ämnesomsättningssjukdom? |  |  |  |
| Astma, hösnuva eller annan allergi? |  |  | Medicinering? |
| Andfåddhet 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, eller medicin upptagen på någon av RF:s dopinglistor (www.rf.se/Antidoping)? |  |  | Vilka? |
| Använder du andra receptfria läkemedel? |  |  | [ ]  Regelbundet [ ]  Vid behov |
| Stelkrampsvaccination senaste 10 åren? (om inte rekommenderas detta) |  |  |  |
| 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/L² (Body mass index)? |
| Vikt kg (hela tal)? |  |  |

|  |
| --- |
| Personnr: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sjukdomar i släkten:** | **Nej** | **Ja** | **Förklaringar, anmärkningar** |
| Hjärtsjukdom? |  |  |  |
| Högt blodtryck? |  |  |  |
| Höga kolesterolvärden? |  |  |  |
| Epilepsi eller kramper? |  |  |  |
| Psykisk sjukdom? |  |  |  |
| Diabetes? |  |  |  |
| Tuberkulos? |  |  |  |
| Allergi, astma eller eksem? |  |  |  |
| Ärftliga sjukdomar? |  |  |  |
| Glaukom (grön starr)? |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Försäkran:**

Jag intygar härmed att jag noggrant övervägt de ovanstående uppgifterna och att de såvitt jag vet är fullständiga och korrekta samt att jag inte har undanhållit någon information av betydelse eller lämnat vilseledande uppgifter.

Jag förbinder mig att inte - annat än i medicinskt syfte och i enlighet med gällande föreskrifter om dispens – inta eller använda dopingklassade substanser eller metoder enligt WADA:s dopinglista.

**Samtycke till utlämnade av medicinsk information:**

Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till Svenska Bilsportförbundets läkare.

**Ort & datum Sökandens underskrift**

|  |
| --- |
| Personnr: |

**Frågor att besvaras av läkaren:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Finns tecken på sjukdomar i:** | **Nej** | **Ja** | **Undersökningsfynd, anmärkningar:** |
| Hjärta? |  |  |  |
| 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 vartdera örat för sig vanlig samtalsstämma på 4 m avstånd? |  |  |  |
| Blodtryck Systoliskt |
|  Diastoliskt |
| Synskärpa? | Utan korrektion | Med korrektion | >0.9 för vartdera ögat |
| Binokulärt? |  |  | Vid behov av korrektion >+ 3D skall glasens styrka alltid anges: |
| Höger öga? |  |  |  Sf ᴏ cyl. ax |
| Vänster öga? |  |  |  Sf ᴏ cyl. ax |
| **Glasögon/Kontaktlinser**[ ]  Ständigt bruk [ ]  Tillfälligt bruk  |  |  | [ ]  Färgsinne normalt[ ]  Färgsinne defekt |
| **Vilo-EKG** [ ]  Genomfört i år [ ]  Inte genomfört i år **Vid nyansökan obligatoriskt Vilo-EKG, därefter vart tredje år.** |  |  | [ ]  Utan anmärkning[ ]  Svar bifogas |
| **Arbets-EKG** [ ]  Genomfört i år [ ]  Inte genomfört i år **Nyansökan från 60-årsdagen obligatoriskt Arbets-EKG,****därefter Arbets-EKG vartannat år och Vilo-EKG varje år.** |  |  | [ ]  Utan anmärkning[ ]  Svar bifogas |
| Har det vid undersökningen framkommit något, eller känner ni i övrigt till något, rörande den sökande som kan vara av betydelse för bedömandet av vederbörandes lämplighet för angiven Licens/Medical Card: | [ ]  Nej | [ ]  Ja |  |
| **UTLÅTANDE:** |
| Föreligger hinder utifrån angiven hälsodeklaration och undersökning för avsedd tävlingskörning? | [ ]  Nej | [ ]  Ja |  |
| Sammanfattande anmärkning |
|  |
| Namnteckning | Telefon dagtid: | Namnförtydligande och stämpel |
| Av Socialstyrelsen behörig legitimerad läkare |
| **FÖRBUNDETS BESLUT****Den sökande bör före ärendets avgörande undersökas av läkare med specialistkompetens i:** |

**Skickas till: SVENSKA BILSPORTFÖRBUNDET Telefon: 08-626 33 40**

 **Box 705 E-post: licens@sbf.se**

 **191 27 SOLLENTUNA**