



UTLÅTANDE ÖVER ALLMÄN LÄKARUNDERSÖKNING

Avseende Internationell licensansökan

Undersökningssort	Datum
Efternamn, Förnamn	Personnr.
Adress	Nationalitet
Postadress	Tel. dagtid
Sportgren <input type="checkbox"/> RY <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> KA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Annan	Tävlingsklass
Klubb	Antal tävlingar senaste 12 mån.

Sjukhistoria, frågor att besvaras 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 hjärmskakning eller medvetslöshet			
Epilepsi eller kramper			
Återkommande huvudvärk eller migrän			
Yrsel eller svindel			
Nerv- eller muskelsjukdom			
Nervösa besvär, stress- eller depressionstillstånd			
Ögonsjukdom/Synnedläggning			
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 RF: s "Röda listan" (se http://www.antidoping.se/rodalistan/)			
Använder du andra receptfria läkemedel			<input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> Vid behov
Stelkrampsvaccination de 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/L ² = (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			
Synfälsdefekter			
Ögonmuskelpareser			
Nystagmus			
Ögonlock och bindehinnor			
Innehåller urinen	Äggvita		
	Socket		
	Sediment när så erfordras		
Uppfattas med vardera örat för sig vanlig samtalsstämma på 4 m avstånd			
Blodtryck	Systoliskt		
	Diastoliskt		
Synskärpa	Utan korrektion	Med korrektion	>0.9 för vardera ögat
Binokulärt			Vid behov av korrektion $\geq \pm 3D$ skall glasens styrka alltid anges:
Höger öga			sf <input type="radio"/> cyl ax
vänster öga			sf <input type="radio"/> cyl ax
Glasögon			<input type="checkbox"/> Färgsinne normalt <input type="checkbox"/> Färgsinne defekt
<input type="checkbox"/> Ständigt bruk	<input type="checkbox"/> Tillfälligt bruk		
<input type="checkbox"/> Kontaktlinser			
Arbets-EKG (från 45 årsdagen)			<input type="checkbox"/> Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Svar bifogas
<input type="checkbox"/> Genomfört i år <input type="checkbox"/> Ej genomfört			
Obligatoriskt första året, därefter vart annat år			
Vilo-EKG (alla under 45 år)			<input type="checkbox"/> Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Svar bifogas
<input type="checkbox"/> Genomfört i år <input type="checkbox"/> Ej genomfört			
Obligatoriskt första året, därefter vart annat år			
Har vid undersökningen eljest framkommit något eller känner Ni i övrigt något rörande sökandet som kan vara av betydelse för bedömandet av vedebörandes lämplighet för angiven licens/Accident Control Card:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	

UTLÅTANDE

Föreligger hinder utifrån angiven hälsodeklaration och undersökning för avsedd tävlingskörning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Sammanfattande anmärkning			
Namnteckning	Telefon dagtid:	Namnförtydligande och stämpel	
	Telefax:		
Av Socialstyrelsen behörig legitimerad läkare			
FÖRBUNDETS BESLUT: Sökande bör före ärendets avgörande undersökas av läkare med specialistkompetens i:			

Sändes till **SVENSKA BILSPORTFÖRBUNDET**
 Postadress **Box 705** Telefon: **08-626 33 40**
191 27 SOLLENTUNA Fax: **08-626 33 22**