|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Blanket til helbredsmæssige**  **oplysninger ved udstedelse af kørekort** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kontakt - Find Tilladelser Applikation | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Godkendt af Styrelsen  for Patientsikkerhed | | | | |
| **AFSNIT A – UDFYLDT AF ANSØGER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn: | |  | | | | | | | | | | | | CPR-nr.: |  | | | | | | | | | | |
| Adresse: | |  | | | | | | | | | | | | Postnr. og by: |  | | | | | | | | | | |
| Har du kørekort i forvejen? Hvis ja – afkryds de kategorier som du ønsker at bevare, også selvom de stadigvæk er gyldige: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gruppe**  **1** | |  | Stor knallert (AM) | | | | | | |  | Traktor/motorredskab (T/M) | | | | | |  | | Motorcykel (A1, A2, A) | | | | | | |
|  | Almindelig bil (B, B+) | | | | | | |  | Almindelig bil med stort påhængskøretøj (B/E) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gruppe**  **2** | |  | Lastbil (C1, C) | | | | | | |  | Bus (D1, D) | | | | | |  | | Kørelærergodkendelse | | | | | | |
|  | Lastbil eller bus med stort påhængskøretøj (C1/E, C/E eller D1/E, D/E) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Erhvervsmæssig personbefordring til bus (EP/D) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Du bedes herunder afkrydse de kategorier, som du ansøger om, fx nye kategorier eller de kategorier som skal fornyes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gruppe**  **1** | |  | Stor knallert (AM) | | | | | | |  | Traktor/motorredskab (T/M) | | | | | |  | | Motorcykel (A1, A2, A) | | | | | | |
|  | Almindelig bil (B, B+) | | | | | | |  | Almindelig bil med stort påhængskøretøj (B/E) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gruppe**  **2** | |  | Lastbil (C1, C) | | | | | | |  | Bus (D1, D) | | | | | |  | | Kørelærergodkendelse | | | | | | |
|  | Lastbil eller bus med stort påhængskøretøj (C1/E, C/E eller D1/E, D/E) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Erhvervsmæssig personbefordring til bus (EP/D) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Spørgsmålene besvares ved afkrydsning i ”Ja” eller ”Nej”.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ja** | **Nej** |
| **A** | Har du dobbeltsyn? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Er du natteblind (dvs. har du svært ved at finde vej i mørke?) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Bruger du briller med større styrke end +8? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **B** | Har du nedsat hørelse? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **C** | Har du nedsat funktion af arme eller ben? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Har du nedsat bevægelighed i nakken? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **D** | Har du eller har du haft hjerte- og/eller blodkarsygdomme? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **E** | Har du diabetes? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **F** | Har du eller har du haft epilepsi eller andre nervesygdomme? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Har du haft svimmelhedsanfald, besvimelsestilfælde eller krampeanfald inden for de sidste fem år? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **G** | Har du eller har du haft psykiske sygdomme? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Har du problemer med at huske eller orientere dig? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **H** | Tager du bevidsthedspåvirkende stoffer eller trafikfarlig medicin  (fx stærkt smertestillende medicin og/eller beroligende-/sovemedicin?) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato og år: | | | |  | | | | | Din underskrift: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ved min underskrift erklærer jeg, at jeg har besvaret de stillede spørgsmål under strafansvar efter straffelovens § 163.  Det følger af straffelovens § 163, at den, som i øvrigt til brug i retsforhold, der vedkommer det offentlige, skriftligt eller ved anden læsbart medie afgiver urigtige erklæring eller bevidner noget, som den pågældende ikke har viden om, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ansøgers CPR-nr.: | | | | | |  | | Side 1 | | | | | | | | | Version 1.1  10/2024 | | | | | | | | |
| **Lægeattest** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **AFSNIT B – UDFYLDES AF LÆGEN**  Lægeattestens formål er at give personalet i kommunerne og kørekortafdelingen i Færdselsstyrelsen oplysninger til brug for vurdering af, om ansøgeren opfylder de helbredsmæssige betingelser for at erhverve, udvide, forny eller bevare kørekort. Der skal derfor i videst muligt omfang benyttes danske eller alternativt almindeligt forståelige betegnelser for sygdomme, anatomiske forhold mm. Supplerende oplysninger skal anføres på side 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A1. Synsstyrke** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uden korrektion | | | | | | | | | | | | | Med korrektion | | | | | | | | | | | | | |
| Højre | | | | | Venstre | | Binokulært | | | | | | Højre | | | Venstre | | | | | | Binokulært | | | | |
| 1.00 (6/6) | | | | | 1.00 (6/6) | | 1.00 (6/6) | | | | | | 1.00 (6/6) | | | 1.00 (6/6) | | | | | | 1.00 (6/6) | | | | |
| 0.80 (6/7,5) | | | | | 0.80 (6/7,5) | | 0.80 (6/7,5) | | | | | | 0.80 (6/7,5) | | | 0.80 (6/7,5) | | | | | | 0.80 (6/7,5) | | | | |
| 0.67 (6/9) | | | | | 0.67 (6/9) | | 0.67 (6/9) | | | | | | 0.67 (6/9) | | | 0.67 (6/9) | | | | | | 0.67 (6/9) | | | | |
| 0.60 (6/10) | | | | | 0.60 (6/10) | | 0.60 (6/10) | | | | | | 0.60 (6/10) | | | 0.60 (6/10) | | | | | | 0.60 (6/10) | | | | |
| 0.50 (6/12) | | | | | 0.50 (6/12) | | 0.50 (6/12) | | | | | | 0.50 (6/12) | | | 0.50 (6/12) | | | | | | 0.50 (6/12) | | | | |
| 0.40 (6/15) | | | | | 0.40 (6/15) | | 0.40 (6/15) | | | | | | 0.40 (6/15) | | | 0.40 (6/15) | | | | | | 0.40 (6/15) | | | | |
| 0.33 (6/18) | | | | | 0.33 (6/18) | | 0.33 (6/18) | | | | | | 0.33 (6/18) | | | 0.33 (6/18) | | | | | | 0.33 (6/18) | | | | |
| 0.25 (6/24) | | | | | 0.25 (6/24) | | 0.25 (6/24) | | | | | | 0.25 (6/24) | | | 0.25 (6/24) | | | | | | 0.25 (6/24) | | | | |
| 0.16 (6/36) | | | | | 0.16 (6/36) | | 0.16 (6/36) | | | | | | 0.16 (6/36) | | | 0.16 (6/36) | | | | | | 0.16 (6/36) | | | | |
| 0.10 (6/60) | | | | | 0.10 (6/60) | | 0.10 (6/60) | | | | | | 0.10 (6/60) | | | 0.10 (6/60) | | | | | | 0.10 (6/60) | | | | |
| 0.05 (6/120) | | | | | 0.05 (6/120) | | 0.05 (6/120) | | | | | | 0.05 (6/120) | | | 0.05 (6/120) | | | | | | 0.05 (6/120) | | | | |
| 0.00 Blind | | | | | 0.00 Blind | |  | | | | | | 0.00 Blind | | | 0.00 Blind | | | | | |  | | | | |
| Synsstyrken prøves på hvert øje for sig og binokulært (begge øjne samtidigt). I brøken er tælleren afstanden til synstavlen i meter (almindeligvis seks), og nævneren er betegnelsen på den linje på synstavlen, hvor alle bogstaver kan læses. Hvis synstavlen ikke indeholder de synsstyrkeniveauer, der indgår som grænseværdier i bekendtgørelsen, kræves opfyldelse af nærmeste højere niveau på tavlen. Når man fx måler synsstyrken på en Snellentavle, er synsstyrken 0,6 først opfyldt, når undersøgte ser alle bogstaver i 6/9 linjen (svarende til en synsstyrke på 0,67). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ja** | | **Nej** | |
| **A2. Synsfeltindskrænkning?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| Ved synsfeltindskrænkning på et eller begge øjne skal synsfeltet nærmere vurderes af øjenlæge, og der bør medsendes aktuel udtalelse fra øjenlæge med oplysning om, hvorvidt synskrav er opfyldt.  Synsfeltets ydergrænse bestemmes a.m. Donders i horisontalplanet, i vertikalplanet, samt i skrå-meridianerne for at finde eventuelle kvadrant- eller hemianopsier. Lægen stiller sig foran undersøgte og placerer sin hånd i midtplanet mellem sig selv og undersøgte, så langt mod periferien som muligt. Lægen spørger nu om undersøgte kan se hånden, og i givet fald om fingrene bevæger sig eller holdes stille. Lægen bevæger nu sin hånd en anelse længere ind langs meridianen og gentager proceduren. Det punkt, hvor undersøgte kan afgøre, om lægens fingre bevæger sig eller ej, angiver synsfeltets ydergrænse i den pågældende meridian.  For gruppe 1 kategorier skal det binokulære synsfelt i det horisontale plan være mindst 120°. Samtidig skal der være bevaret synsfelt ud til 50° både til højre og til venstre for fiksationspunktet, og ud til 20° både opad og nedad for fiksationspunktet.  For gruppe 2 kategorier skal det binokulære synsfelt i det horisontale plan være mindst 160°. Samtidig skal der være bevaret synsfelt ud til 70° både til højre og til venstre for fiksationspunktet, og ud til 30° både opad og nedad for fiksationspunktet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansøgers CPR-nr.: |  | Side 2 | Version 1.1  10/2024 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | **Ja** | | **Nej** | |
| **A3. Øjensygdom?** | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte har øjensygdomme af betydning for synsevnen. Brydningsfejl og/eller gennemført kataraktoperation skal ikke nævnes. Under *”Supplerende oplysninger”* kan anføres diagnose. Ved progressiv sygdom kan der medsendes aktuel udtalelse fra øjenlæge. | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **B1. Nedsat hørelse?** | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| Begge ører prøves samtidigt i 4 meters afstand. Spørgsmålet besvares bekræftende, hvis almindelig talestemme ikke kan forstås uden brug af høreapparat. Ved gruppe 2-kategorier skal der påføres under *”Supplerende oplysninger”,* om patienten kompenserer for høretabet ved anvendelse af høreapparat eller sidespejle. | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **C1. Sygdom eller deformitet i bevægeapparatet?** | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte fx har bevægelsesindskrænkninger i ryg og hals, således at orientering bagud ikke kan finde sted, har misdannelser eller deformiteter i ekstremiteterne, herunder nedsat herredømme over eller nedsat kraft i ekstremiteterne af betydning for betjening af styretøj, pedaler eller instrumenter, eller har total ubevægelige led eller led med nedsat bevægelighed. Under *”Supplerende oplysninger”* anføres objektive fund og diagnoser. Aktuel og relevant speciallæge-udtalelse kan medsendes, hvis tilstanden er progredierende/ikke har været stabil de seneste 5 år. | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **D1. Hjerte-kar-sygdom?** | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Besvares bekræftende hvis undersøgte har alvorlige forstyrrelser i hjerterytmen, eller angina pectoris, eller hvis undersøgte har haft hjerteinfarkt, bruger pacemaker/ICD, eller har gennemgået hjerteoperationer inden for de sidste fem år. Velbehandlet forhøjet blodtryk og/eller asymptomatisk atrieflimmer skal ikke anføres.  Under ”*Supplerende oplysninger*” anføres diagnose og ordineret medicin, symptomer, bl.a. i form af  inkompensation, angina pectoris (stabil/ustabil) eller arrytmi. Blodtrykket anføres kun ved manifest  hjerte-kar-sygdom. Tidspunkt for evt. hjerteinfarkt eller -operation anføres. Aktuel udtalelse fra  speciallæge i kardiologi kan medsendes, såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år. | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **E1. Diabetes der ikke behandles med medicin?** | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| **E2. Diabetes der behandles med medicin som ikke kan medføre hypoglykæmi?** | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| **E3. Diabetes der behandles med medicin som kan medføre hypoglykæmi?** | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Besvares bekræftende, hvis der er konstateret diabetes hos undersøgte. Under *”Supplerende oplysninger”* anføres diagnose tidspunkt og behandling, samt om der har været hypoglykæmiske tilfælde.  I bekræftende fald: hvor hyppigt og hvornår sidst?  Nedenstående diabetesafsnit udfyldes ved gruppe 2 ansøgning, hvis ansøger behandles med medicin, som kan medføre hypoglykæmi (insulin m.m.) og ved gruppe 1 ansøgning hvis diabetessygdommen er ustabil eller har medført komplikationer. | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Type 1 |  | Type 2 | |  | Diagnosen blev stillet i | | | |  | | (skriv årstal) | |
| Hvilken behandling: | | | Ingen |  | Diæt | |  | Medicinsk | |  |  | |
| Hvis medicinsk behandling, hvilken: | | | |  | | | | | | | | |
| Ved behandling med insulin, oplys hvornår insulinbehandlingen er påbegyndt: | | | | | | | | |  | | (skriv årstal) | |
| Navn på læge/afdeling der varetager behandlingen: | | | | | |  | | | | | | |
| Har der været tilfælde af alvorlig hypoglykæmi, eller hypoglykæmi med tegn på nedsat hjertefunktion?  Hvis ”Ja”, skriv under ”Supplerende oplysninger” | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Kan ansøger fornemme og reagere på advarselssymptomer på hypoglykæmi? | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Er ansøger oplyst om og har forstået risikoen ved hypoglykæmi? | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Er ansøger instrueret i og kan udføre regelmæssige blodsukkermålinger flere gange dagligt og på tidspunkter, hvor ansøger skal køre? | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Har ansøger været indblandet i færdselsuheld, hvor hypoglykæmi er angivet som årsagen?  Hvis ”Ja”, skriv under ”Supplerende oplysninger”. | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Er der diabetes-komplikationer med fx synssvækkelse, neuropati eller kognitiv svækkelse i forbindelse md sygdomsudviklingen, som kan medføre yderligere risiko for færdselssikkerheden?  Hvis ”Ja”, skriv under ”Supplerende oplysninger”. | | | | | | | | | | | | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansøgers CPR-nr.: |  | Side 3 | Version 1.1  10/2024 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** |
| **F1. Generaliserede kramper eller epilepsi?** |  |  |
| Besvares bekræftende ved grand mal (kramper med bevidsthedstab, ved petit mal (absencer) og ved andre epileptiske manifestationer. Under *”Supplerende oplysninger”* anføres diagnosetidspunkt, hvor hyppigt sygdommen har vist sig de sidste 10 år, hvornår det seneste anfald fandt sted samt ordineret medicin, art, dosis og evt. ophørstidspunkt. Aktuel neurologisk speciallægeudtalelse skal medsendes, såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år. |  |  |
| **F2. Bevidsthedsforstyrrelse eller svimmelhed?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte har haft bevidsthedsforstyrrelser eller svimmelhed inden for de sidste fem år. Under ”Supplerende oplysninger” anføres omstændighederne omkring anfaldet, evt. udløsende faktorer, hyppigheden, hvornår fandt det seneste anfald sted samt om muligt diagnosen. Aktuel og relevant speciallægeudtalelse kan medsendes, såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år. |  |  |
| **F3. Anden sygdom i nervesystemet?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis der foreligger oplysning om andre nervesygdomme, der kan påvirke evnen til at føre motorkøretøj. Under ”Supplerende oplysninger” anføres diagnosen samt evt. diagnosetidspunkt. Aktuel neurologisk speciallægeudtalelse bør medsendes ved progressiv sygdom, såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år. |  |  |
| **G1. Psykisk sygdom?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige psykiske sygdomme, er psykisk udviklingshæmmet eller alvorligt mentalt retarderet. Under ”Supplerende oplysninger” anføres diagnosen, undersøgtes nuværende tilstand, samt art og dosis af evt. medicinsk behandling og evt. compliance. Aktuel udtalelse fra psykiatrisk speciallæge kan medsendes, såfremt tilstanden har medført indlæggelse inden for det seneste år. |  |  |
| **G2. Mental svækkelse eller kognitive problemer?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlig svækket dømmekraft eller alvorlig svækket mental eller kognitiv funktion. Undersøgelserne for kognitivt funktionsniveau (urskivetest og ordgenkaldelse) skal udføres ved fornyelse af kørekort fra det 70. år. Kun i bekræftende fald skal der under ”Supplerende oplysninger” anføres: Er undersøgte orienteret i tid og egne data? Hvordan udføres urskivetesten med tidsangivelse kl. 11:10 eller kl. 16:40? Er tallene til stede og korrekt placeret? Er viserne til stede og korrekt placeret? Hvor mange af tre indlærte ord huskes efter afledning? Hvis der er udarbejdet MMSE-test, bedes scoren (ud af 30) oplyses under *”Supplerende oplysninger”.* |  |  |
| **H1. Alkoholmisbrug?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedssyndrom (kronisk alkoholisme). Under ”Supplerende oplysninger” beskrives: Misbruget eller indtagelsens karakter, omfang og varighed, og i hvilken periode undersøgte evt. har været afholdende? I tvivlstilfælde kan der medsendes aktuel udtalelse fra speciallæge psykiatri. |  |  |
| **H2. Forbrug af bevidsthedspåvirkende stoffer?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedssyndrom. Under ”Supplerende oplysninger” beskrives: misbruget eller indtagelsens karakter, omfang og varighed og i hvilken periode undersøgte evt. har været stoffri? I tvivlstilfælde kan der medsendes aktuel udtalelse fra speciallæge i psykiatri. |  |  |
| **H3. Forbrug af trafikfarlige lægemidler?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte indtager trafikfarlige lægemidler.  Under ”Supplerende oplysninger” anføres lægemidlets navn og dosis, samt indikation for behandlingen. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansøgers CPR-nr.: |  | Side 4 | Version 1.1  10/2024 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** |
| **I1. Nedsat nyrefunktion?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte har nyreinsuffuciens, der kræver regelmæssig lægekontrol.  Under ”Supplerende oplysninger” anføres diagnosen samt behandling. Aktuel og relevant speciallægeudtalelse kan medsendes ved kronisk dialyse og/eller progressiv sygdom, såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år. |  |  |
| **J1. Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold herunder søvnapnø?** |  |  |
| Besvares bekræftende, hvis undersøgte har sygdom, der påvirker evnen (herunder nedsat reaktionsevne) til at føre motorkøretøj. Under ”Supplerende oplysninger” anføres diagnose og behandling samt vurdering af reaktionsevne sammenholdt med øvrige helbredstilstand.  Ved søvnapnø skal der oplyses, om der forekom **udtalt** dagtræthed før opstart med CPAP, om ansøger følger behandlingen og har kontrol over lidelsen, da disse oplysninger har betydning for vurdering om eventuel tidsbegrænsning af kørekortet. Der kan medsendes aktuel relevant speciallægeudtalelse om dette. |  |  |

|  |
| --- |
| **Supplerende oplysninger** |
| Hvis et eller flere af spørgsmålene er besvaret bekræftende, eller hvis ansøgerens besvarelse af spørgsmålene på forsiden (afsnit A) eller forhold, som lægen i øvrigt måtte være bekendt med, begrunder det, skal der gives supplerende oplysning om: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansøgers CPR-nr.: |  | Side 5 | Version 1.1  10/2024 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Konklusion** | **Ja** | **Nej** |
| **1.** Skønnes undersøgtes helbredstilstand generelt at være hindrende for udstedelse eller fornyelse af kørekort? |  |  |
| **2a.** Er tilstanden stationær? |  |  |
| **2b.** Hvis ”Nej”, er tilstanden da forværret siden sidste udstedelse af kørekort? |  |  |
| **3.** Anbefales vejledende helbredsmæssig køretest som følge af undersøgtes **helbredsforhold**?  Hvis ”Ja”, skriv begrundelse herunder i supplerende bemærkninger for konklusionens udfyldning. |  |  |
| **4.** Anbefales vejledende helbredsmæssig køretest i forhold til vurdering af eventuel **specialindretning** af køretøj? Hvis ”Ja”, skriv begrundelse herunder i supplerende bemærkninger for konklusionens udfyldning. |  |  |
|  |  |  |
| **Eventuelt supplerende bemærkninger til konklusionens udfyldning:** |  |  |
|  | | |
|  |  |  |
| **Bekendt med ansøger** | **Ja** | **Nej** |
| Undertegnede læge er bekendt med ansøger. |  |  |
| Hvis der afkrydses ”Nej”, skriv fyldestgørende begrundelse for hvorfor anden læge end ansøgers egen læge udfylder lægeattesten: |  |  |

Undertegnede læge har dags dato undersøgt ansøgeren, og har gennemlæst ansøgerens svar på spørgsmålene på blankettens forside, samt gjort mig bekendt med eventuelle sundhedsfaglige forhold af betydning for ansøgerens tidligere kørekort.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dato: | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Lægens navn og lægehus: | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Ved anvendelse af fysisk attest,  skal lægens stempel og underskrift  påføres i dette felt | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| Ansøgers CPR-nr.: |  | | Side 6 | | | Version 1.1  10/2024 |