Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Läkarutlåtande
för bilstöd

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Vad är bilstöd?
Bilstöd är ett statligt bidrag till personer med funktionsnedsättning och till föräldrar med barn med funktionsnedsättning för att anskaffa eller anpassa motorfordon.

Rätt till bilstöd har den person, eller förälder till ett barn, som på grund av varaktig funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att anlita allmänna kommunikationer. Med varaktig funktionsnedsättning menas att konsekvenserna av funktionshindret ska vara bestående i minst nio år.

Medicinska krav för körkort
Om ansökan om bilstöd görs av den som själv ska köra bilen ska det av läkarutlåtandet framgå om han eller hon uppfyller de medicinska kraven för att inneha körkort. Det gäller dock inte föräldrar som ansöker om bilstöd för ett barn med funktionsnedsättning. Det är den behandlande läkaren som bedömer personens lämplighet som förare. Om läkaren anser att en person inte kan anses som lämplig är läkaren skyldig att anmäla det till Transportstyrelsen. Någon anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortsinnehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.

1. Uppgifter om den sökande

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
☐ Läkarutlåtandet gäller den sökandes barn	Barnets förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)

2. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ | datum (år, månad, dag)

- ☐ Min undersökning av patienten
- ☐ Journaluppgifter från och med
- ☐ Anhörigs eller annans beskrivning av patienten
  Ange anhörig eller annans relation till patienten
- ☐ Annat. Fyll i nedan.
  Annat underlag för utlåtandandet:

Jag har känt patienten sedan den

32220101
FK 3222 (014 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

2.a Finns det andra medicinska utredningar eller underlag som är relevanta för fastställd diagnos?

☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.

Ange utredning eller underlag	datum (år, månad, dag)	Bifogas ☐ Ja ☐ Nej. Fyll i nedan.
Om utredning eller underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen eller underlaget?		
Ange ytterligare utredning eller underlag	datum (år, månad, dag)	Bifogas ☐ Ja ☐ Nej. Fyll i nedan.
Om utredning eller underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen eller underlaget?		

3. Diagnos

Ange den diagnos som är primär orsak till patientens funktionsnedsättning först.	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

3.a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan

32220201

4. Funktionsnedsättning

Utifrån diagnoserna ovan, beskriv eventuell funktionsnedsättning för respektive funktionsområde och om möjligt grad (lätt, måttlig, stor, total). Ange om funktionsnedsättning kan korrigeras med hjälpmedel.

Basera beskrivningen på vad som framkommit vid senaste undersökningstillfället och tidigare utredningar. Ange vilka status- och undersökningsfynd du baserar bedömningen på.

Psykiska funktioner

Beskriv eventuell intellektuell funktionsnedsättning.
Beskriv eventuell nedsatt förmåga att kommunicera eller interagera med en eller flera personer.
Beskriv eventuell nedsatt exekutiv funktion, förmåga till uppmärksamhet och koncentration.

Beskriv eventuell annan psykisk funktionsnedsättning.

Sinnesfunktioner och smärta

Beskriv eventuell nedsättning av syn eller hörsel.

Beskriv eventuell smärtpåverkan.

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

Beskriv eventuell nedsättning av balans, koordination och motorik, exempelvis muskelstyrka, viljemässig motorik, balansförmåga och bålstabilitet.

Övrig kroppslig funktion

Exempelvis nedsatt andningsfunktion, matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktion, nedsatt blås- och tarmfunktion.

32220301

5. Aktivitetsbegränsningar

5.a Påverkar funktionsnedsättningen patientens förmåga att förflytta sig till och från allmänna kommunikationer?

Svårigheterna kan ha fysiska eller psykiska orsaker. Bedömningen ska utgå från förmågan med eventuella hjälpmedel.

☐ Ja ☐ Nej

Beskriv på vilket sätt och ange vilka hjälpmedel patienten använder

5.b Påverkar funktionsnedsättningen patientens förmåga att färdas med allmänna kommunikationer?

Svårigheterna kan ha fysiska eller psykiska orsaker, exempelvis rörelseinskränkningar som att kliva på/av eller svårigheter att vistas i offentlig miljö på grund av psykiska eller astmatiska besvär. Bedömningen ska utgå från förmågan med eventuella hjälpmedel eller ledsagare.

☐ Ja ☐ Nej

Beskriv på vilket sätt

5.c Om undersökningen gäller ett barn: Påverkar funktionsnedsättningen barnets förmåga att åka med allmänna kommunikationer när föräldern är med?

☐ Ja ☐ Nej

Beskriv på vilket sätt

5.d Hur långt bedömer du att patienten klarar att förflytta sig med och utan hjälpmedel?

Ange vad du baserar din bedömning på

32220401

6. Prognos för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar

Är patientens funktionsnedsättning sådan att förflyttningssvårigheterna förväntas kvarstå under minst nio år?

☐ Ja ☐ Nej

7. Pågående eller planerade medicinska behandlingar

Exempelvis ordinerade läkemedel eller träningsinsatser.

Ange ansvarig vårdenheten och tidplan.

8. Körkort

Om undersökningen inte gäller ett barn: Bedömer du att patienten uppfyller de medicinska kraven för körkort?

☐ Ja ☐ Ja, med villkor ☐ Nej

Vilka villkor? Besvara frågan utifrån: kognitiv förmåga, motorisk förmåga med och utan hjälpmedel, synförmåga

FK 3222 (014 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

9. Övriga upplysningar

10. Kontakt med Försäkringskassan

☐ Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.

11. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

32220501

FK 3222 (014 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

32220601

FK 3222 (014 F 002) Fastställd av Försäkringskassan