

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)
Adress		
Identiteten styrkt genom		
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Min undersökning av patienten	
<input type="checkbox"/> Journaluppgifter från och med	
<input type="checkbox"/> Anhörigs eller annans beskrivning av patienten Ange anhörig eller annans relation till patienten	
<input type="checkbox"/> Annat. Fyll i nedan. Annat underlag för utlåtandet:	
Jag har känt patienten sedan den	

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

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.	
Ange utredning eller underlag	datum (år, månad, dag)      Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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**

--

**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.

## 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.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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

**6. Prognos för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar**

Är patientens funktionsnedsättning sådan att förflyttningssvårigheterna förväntas kvarstå under minst nio år?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, med villkor	<input type="checkbox"/> Nej
Vilka villkor? Besvara frågan utifrån: kognitiv förmåga, motorisk förmåga med och utan hjälpmedel, synförmåga		

**9. Övriga upplysningar**

--

**10. Kontakt med Försäkringskassan**

<input type="checkbox"/> 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](http://forsakringskassan.se).

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



32220601

FK 3222 (013 F 005) Fastställt av Försäkringskassan