



## UTLÅTANDE ÖVER ALLMÄN LÄKARUNDERSÖKNING Avseende Internationell licensansökan

Undersökningsort	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
Antal tävlingar senaste 12 månaderna	Klubb

### 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 hjärnskakning eller medvetslöshet			
Epilepsi eller kramper			
Återkommande huvudvärk eller migrän			
Yrsel eller svindel			
Nerv- eller muskelsjukdom			
Nervösa besvär, stress- eller depressionstillstånd			
Ögonsjukdom/Synnedättning			
Skelning/dubbelseende			
Använder du glasögon/kontaktlinser			
Hörselnedsättning			
Sockersjuka, struma eller annan ämnesomsättningssjukdom			
Astma, hösnuva eller annan allergi			Medicinering
Andfäddhet 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 <a href="http://www.access-specialisten.se/rfodalistan/">http://www.access-specialisten.se/rfodalistan/</a> )			
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 <sup>2</sup> = (Bodymaas index)
Vikt kg (hela tal)			

Personnr

<b>Sjukdomar i släkten:</b>	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

