

### HÄLSOINTYG för ungdom

Fastställt av social- och hälsovårdsministeriet

Efternamn			Förnamn		
Personbeteckning			Namnändringar		
<b>FÖRHANDSUPPGIFTER</b> (sjukdomar och medicinering, som kan ha betydelse för yrkesval eller tjänstgöring)					
<b>UNDERSÖKNINGSRESULTAT</b>					
<b>höger öga</b>		<b>vänster öga</b>	<b>binokulär syn</b>	<b>höger öra</b>	
<b>Syn</b>				<b>Hörsel</b>	
utan glasögon _____		_____	_____	Hör tal (m) _____	
korr. med linser _____		_____	_____	Hörsel med audiometer <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	
Synfälten normalt _____		höger öga _____	vänster öga _____	Hörapparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
kontrollerade med fingerrörelser begränsat _____		_____	_____	Längd _____ Vikt _____ RR mmHg _____	
Färgsyn <input type="checkbox"/> Skarp <input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> Färgblind				I blodcirkulationsorganen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Avvikande fynd</b>				I stöd- och rörelseorganen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
I nervsystemet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				Allergi- och hudsjukdomar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
				I psykiskt tillstånd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
				Annan sjukdom eller invaliditet <input type="checkbox"/> Ja, vilken _____	
Tilläggsutredningar					
<b>SLUTSATSER</b>					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval					
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval och förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan. Jag föreslår att körkortstillstånd beviljas.					
<input type="checkbox"/> T, A A1, B och BE					
<input type="checkbox"/> klass C					
Glasögon eller kontaktlinser under körning <input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas			Hörapparat under körning <input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas		
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan och som förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Förslag till tjänsteduglighetsklass <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E _____ år		LBR-punkt _____		<input type="checkbox"/> Intyget gäller 5 år	
				<input type="checkbox"/> Läkargranskning bör göras efter _____ år	
Jag intygar att jag lämnat riktiga uppgifter			Ovanstående försäkrar jag på heder och samvete		
Ort och tid _____			Ort och tid _____		
Den undersökta underskrift _____			Läkarens underskrift _____		
			Namnförtydligande, stämpel, telefon _____		
<b>UPPGIFTER FÖR INMATNING</b>					
Polisdistriktets kod _____	Intyget utfärdat. _____	Datum för följande intyg _____	Granskat av _____	Datum och kl. för inmatning _____	Inmatats av _____

Hälsointyg 1

<sup>1)</sup> N = Normal A = Avvikande

VÄND →

## HÄLSOINTYG för ungdom

Fastställt av social- och hälsovårdsministeriet

Efternamn			Förnamn		
Personbeteckning		Namnändringar			
<b>FÖRHANDSUPPGIFTER</b> (sjukdomar och medicinering, som kan ha betydelse för yrkesval eller tjänstgöring)					
<b>UNDERSÖKNINGSRESULTAT</b>					
höger öga		vänster öga	binokulär syn	höger öra	
vänster öra				vänster öra	
Syn utan glasögon _____			Hörsel Hör tal (m) _____		
korr. med linser _____			Hörsel med audiometer <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Synfälten normalt _____		höger öga _____	vänster öga _____	Hörapparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
kontrollerade med fingerrörelser begränsat _____					
Färgsyn <input type="checkbox"/> Skarp <input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> Färgblind		Längd _____	Vikt _____	RR mmHg _____	
Avvikande fynd <input type="checkbox"/> I blodcirkulationsorganen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> I stöd- och rörelseorganen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> I psykiskt tillstånd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> I nervsystemet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Allergi- och hudsjukdomar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Annan sjukdom eller invaliditet <input type="checkbox"/> Ja, vilken _____
Tilläggsutredningar					
<b>SLUTSATSER</b>					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval					
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval och förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan. Jag föreslår att körkortstillstånd beviljas.					
<input type="checkbox"/> T, A A1, B och BE					
<input type="checkbox"/> klass C					
Glasögon eller kontaktlinser under körning <input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas			Hörapparat under körning <input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas		
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan och som förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Förslag till tjänsteduglighetsklass <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E _____ år		LBR-punkt _____		<input type="checkbox"/> Intyget gäller 5 år	
				<input type="checkbox"/> Läkargranskning bör göras efter _____ år	
Jag intygar att jag lämnat riktiga uppgifter <sup>2)</sup>			Ovanstående försäkrar jag på heder och samvete		
Ort och tid _____			Ort och tid _____		
Den undersökta underskrift _____			Läkarens underskrift _____		
			Namnförtydligande, stämpel, telefon _____		
<b>UPPGIFTER FÖR INMATNING</b>					
Polisdistriktets kod _____	Intyget utfärdat. _____	Datum för följande intyg _____	Granskat av _____	Datum och kl. för inmatning _____	Inmatats av _____

Hälsointyg 2

<sup>1)</sup> N = Normal

A = Avvikande

<sup>2)</sup> Underskrift vid bruktagande

VÄND



## HÄLSOINTYG för ungdom

Fastställd av social- och hälsovårdsministeriet

Efternamn			Förnamn		
Personbeteckning			Namnändringar		
<b>FÖRHANDSUPPGIFTER</b> (sjukdomar och medicinering, som kan ha betydelse för yrkesval eller tjänstgöring)					
<b>UNDERSÖKNINGSRESULTAT</b>					
<b>höger öga</b>		<b>vänster öga</b>	<b>binokulär syn</b>	<b>höger öra</b>	
<b>Syn</b>				<b>Hörsel</b>	
utan glasögon _____		_____	_____	Hör tal (m) _____	
korr. med linser _____		_____	_____	Hörsel med audiometer <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	
Synfältet normalt _____		höger öga _____	vänster öga _____	Hörapparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
kontrollerade med fingerrörelser begränsat _____		_____	_____		
Färgsyn <input type="checkbox"/> Skarp <input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> Färgblind				Längd _____	Vikt _____
				RR mmHg _____	
<b>Avvikande fynd</b>		<b>I blodcirkulationsorganen</b>		<b>I stöd- och rörelseorganen</b>	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>I nervsystemet</b>		<b>Allergi- och hudsjukdomar</b>		<b>Annan sjukdom eller invaliditet</b>	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja, vilken _____	
Tilläggsutredningar					
<b>SLUTSATSER</b>					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval					
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval och förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan. Jag föreslår att körkortstillstånd beviljas.					
<input type="checkbox"/> T, A A1, B och BE					
<input type="checkbox"/> klass C					
Glasögon eller kontaktlinser under körning			Hörapparat under körning		
<input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas			<input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas		
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan och som förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Förslag till tjänsteglighetsklass		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E _____ år	LBR-punkt _____	
				<input type="checkbox"/> Intyget gäller 5 år	
				<input type="checkbox"/> Läkargranskning bör göras efter _____ år	
Jag intygar att jag lämnat riktiga uppgifter <sup>2)</sup>			Ovanstående försäkrar jag på heder och samvete		
Ort och tid _____			Ort och tid _____		
Den undersökta underskrift _____			Läkarens underskrift _____		
			Namnförtydligande, stämpel, telefon _____		
<b>UPPGIFTER FÖR INMATNING</b>					
Polisdistriktets kod _____	Intyget utfärdat. _____	Datum för följande intyg _____	Granskat av _____	Datum och kl. för inmatning _____	Inmatats av _____
<sup>1)</sup> N = Normal A = Avvikande		<sup>2)</sup> Underskrift vid ibruktagande		VÄND →	

## HÄLSOINTYG för ungdom

Fastställd av social- och hälsovårdsministeriet

Efternamn			Förnamn		
Personbeteckning		Namnändringar			
<b>FÖRHANDSUPPGIFTER</b> (sjukdomar och medicinering, som kan ha betydelse för yrkesval eller tjänstgöring)					
<b>UNDERSÖKNINGSRESULTAT</b>					
<b>höger öga</b>		<b>vänster öga</b>	<b>binokulär syn</b>		<b>höger öra</b>
<b>Syn</b>					<b>vänster öra</b>
utan glasögon _____		_____	_____		Hörsel
korr. med linser _____		_____	_____		Hör tal (m) _____
Synfältet normalt _____		höger öga _____	vänster öga _____		Hörsel med audiometer <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
kontrollerade med fingerrörelser begränsat _____		_____	_____		Hörapparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Färgsyn <input type="checkbox"/> Skarp <input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> Färgblind					Längd _____ Vikt _____ RR mmHg _____
<b>Avvikande fynd</b>		I blodcirkulationsorganen	I stöd- och rörelseorganen		I psykiskt tillstånd
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
I nervsystemet			Allergi- och hudsjukdomar		Annan sjukdom eller invaliditet
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja, vilken
Tilläggsutredningar					
<b>SLUTSATSER</b>					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval					
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval och förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan. Jag föreslår att körkortstillstånd beviljas.					
<input type="checkbox"/> T, A A1, B och BE					
<input type="checkbox"/> klass C					
Glasögon eller kontaktlinser under körning			Hörapparat under körning		
<input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas			<input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas		
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan och som förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet					
Förslag till tjänsteglighetsklass		LBR-punkt		Intyget gäller 5 år	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C				<input type="checkbox"/> Läkargranskning bör göras efter _____ år	
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D					
E _____ år					
Jag intygar att jag lämnat riktiga uppgifter <sup>2)</sup>			Ovanstående försäkrar jag på heder och samvete		
Ort och tid			Ort och tid		
Den undersökta underskrift			Läkarens underskrift		
			Namnförtydligande, stämpel, telefon		
<b>UPPGIFTER FÖR INMATNING</b>					
Polisdistriktets kod	Intyget utfärdat.	Datum för följande intyg	Granskat av	Datum och kl. för inmatning	Inmatats av

Hälsointyg 4

<sup>1)</sup> N = Normal

A = Avvikande

<sup>2)</sup> Underskrift vid ibruktagande

VÄND



### HÄLSOINTYG för ungdom

Fastställt av social- och hälsovårdsministeriet

Efternamn		Förnamn	
Personbeteckning		Namnändringar	
<b>FÖRHANDSUPPGIFTER</b> (sjukdomar och medicinering, som kan ha betydelse för yrkesval eller tjänstgöring)			
<b>UNDERSÖKNINGSRESULTAT</b>			
höger öga		vänster öga	binokulär syn
höger öra		vänster öra	
Syn utan glasögon		_____	_____
korr. med linser		_____	_____
Synfältet normalt		höger öga	vänster öga
kontrollerade med fingerrörelser begränsat		_____	_____
Färgsyn		Skarp	Svag
_____		Färgblind	_____
Avvikande fynd		I blodcirkulationsorganen	I stöd- och rörelseorganen
_____ Ja _____ Nej		_____ Ja _____ Nej	I psykiskt tillstånd
I nervsystemet		Allergi- och hudsjukdomar	Annan sjukdom eller invaliditet
_____ Ja _____ Nej		_____ Ja _____ Nej	_____ Ja, vilken
Tilläggsutredningar			
<b>SLUTSATSER</b>			
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval			
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som påverkar yrkesval och förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet			
Hos den undersökta <input type="checkbox"/> har inte konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan. Jag föreslår att körkortstillstånd beviljas.			
<input type="checkbox"/> T, A A1, B och BE			
<input type="checkbox"/> klass C			
Glasögon eller kontaktlinser under körning		Hörapparat under körning	
<input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas		<input type="checkbox"/> skall användas <input type="checkbox"/> behöver inte användas	
<input type="checkbox"/> har konstaterats sjukdom eller handikapp som inverkar på körförmågan och som förutsätter särskild utredning över hälsotillståndet			
Förslag till tjänsteduglighetsklass		LBR-punkt	
A _____ C _____		_____	
B _____ D _____		Intyget gäller 5 år	
E _____ år		Läkargranskning bör göras efter _____ år	
Jag intygar att jag lämnat riktiga uppgifter		Ovanstående försäkrar jag på heder och samvete	
Ort och tid		Ort och tid	
Den undersökta underskrift		Läkarens underskrift	
		Namnförtydligande, stämpel, telefon	
<b>UPPGIFTER FÖR INMATNING</b>			
Polisdistriktets kod	Intyget utfärdat.	Datum för följande intyg	Granskat av
			Datum och kl. för inmatning
			Inmatats av

TILL HÄLSOJOURNALEN

Hälsointyg 5

<sup>1)</sup> N = Normal A = Avvikande

VÄND →

Social- och hälsovårdsministeriet har med beaktande av stadgandena i 12 § lagen om patienters ställning och rättigheter (785/92) utarbetat en hälsointygsblankett för ungdom i samarbete med trafik-, och arbetsministeriet, sjöfarts- och utbildningsstyrelsen, Stakes och Finlands Kommunförbund samt hört dataombudsmannens byrå och hälsovårdsbranchens fackorganisationer. Social- och hälsovårdsministeriet rekommenderar att hälsointyget tas i bruk.

## BLANKETTDIREKTIV

Hälsointyget för ungdomar ges i regel åt 15 år fyllda och äldre inom skol- och studenthälsovården. Intyget gäller fem år från dagen för kontrollen om läkaren inte förordnar en kortare giltighetstid.

Det är ändamålsenligt att ge intyget i samband med de tidsbunda undersökningarna inom skol- och studenthälsovården. Intyget skrivs i regel åt den unga för att fastställa hälsotillståndet för yrkesutbildning, erhållande av körkort, uppbåd och arbetsliv. Inom yrkesområden där det finns specialstadganden gällande hälsotillståndet (t. ex. sjöfart, luftfart, dykning) används fortfarande särskilda blanketter vid behov.

Hälsointyget för ungdomar gundar sig på den systematiska, individuella, hälsouppföljningen som gjorts inom skol- och studenthälsovården. Den läkare som ansvarar för skolhälsovården uppgör intyget i samarbete med skolhälsovårdaren. Förutom originalhandlingen uppkommer samtidigt fyra kopior, av vilka en bevaras i samband med hälsojournalen. Intyget undertecknas av den person, som intyget gäller, vid kontrolltillfället. Intyget och kopiorna av det kan användas under intygets giltighetstid om inga förändringar i hälsotillståndet skett. Varje kopia undertecknas skilt vid användningen av den.

**Hälsointyget bör upprevaras så att dess läsbarhet bevaras och att det annars uppfyller de krav som ställs på handlingar.**

## IFYLLNINGSDIREKTIV

Personuppgifter textas eller skrivs med maskin

Under punkten **förhandsuppgifter** antecknas sådana faktorer som inverkar på hälsotillståndet och har betydelse för slutsatserna i intyget. Faktorer som påverkar yrkesvalet, uppbådskontrollen och behårsbandet av fordon specificeras vid behov i förhandsuppgifterna.

**Undersökningsresultaten** antecknas enligt specifikation och avvikande fynd antecknas under punkten tilläggsutredningar. Hörseln antecknas enligt undersökningsmetod.

**Slutsatserna**, som grundar sig på tidigare uppföljning av hälsotillståndet och den utförda hälsokontrollen skall tydligt framgå av intyget. Punkten i försvarsmaktens läkargranskningsdirektiv (LBR = LTO), som är grund för bestämmande av tjänsteduglighetsklassen ifylls vanligen; om den unga av motiverade skäl inte önskar anteckning lämnas punkten ofyllt.

**Underskrifter**; läkare undertecknar intyget. Ort, tid och namn bör antecknas så att även kopiorna är läsbara. Speciellt noggrann bör man vara då man antecknar datum. Det ursprungliga intyget undertecknar den person, som intyget gäller, vid kontrolltillfället. Varje kopia undertecknas därefter skilt då intyget behövs.

## HÄLSOKRAV FÖR KÖRKORTSTILLSTÅND

Fordon av klass **A1,A, B** och **T** samt fordonskombinationer av klass **BE**

Synkrav

- att den binokulära synskärpan med eller utan korrigerande linser är minst 0,5 för båda ögonen tillsammans eller, om sökanden är helt blind på ett öga eller endast använder det ena ögat, att synskärpan är minst 0,6 och sökanden har haft denna monokulära syn så länge att han vant sig vid att använda endast ett öga.
- att det horisontella synfältet är minst 120, om inte en specialläkare i ett undantagsfall anser det vara möjligt att avvika från detta, eller om sökanden använder endast det ena ögat, att synfältet för detta öga är normalt.

Hörselkrav

-inga hörselkrav

Övriga hälsokrav

- att sökanden inte har några sådana i bilaga III till direktiv 91/439/EEG nämnda lyten, sjukdomar eller handikapp som väsentligt försämrar hans förmåga att föra fordon som hör till klasserna A1, A, B eller T eller fordonskombinationer av klass BE eller, om han har ett handikapp som inverkar på körförmågan, att detta inte väsentligt försämrar hans förmåga att köra fordon som utrustats med automatväxel eller särskilda körordningar.

Fordon av klass **C**

Synkrav

- att synskärpan med eller utan korrigerande linser är minst 0,8 på det ena ögat och minst 0,5 på det andra ögat och, om korrigerande linser behövs för att uppnå minimiskärpan, att den okorrigerade skärpan på båda ögonen är minst 0,05
- att synfältet för båda ögonen tillsammans är normalt

Hörselkrav

- att sökanden med eller utan hörapparat åtminstone med det ena örat uppfattar vanligt tal på fyra meters avstånd

Övriga hälsokrav

- att sökanden inte har några sådana i bilaga III till direktiv 91/439/EEG nämnda lyten, sjukdomar eller handikapp som väsentligt försämrar hans förmåga att föra fordon som hör till klass C.

**BLANKETTDIREKTIV**

Hälsointyget för ungdomar ges i regel åt 15 år fyllda och äldre inom skol- och studenthälsovården. Intyget gäller fem år från dagen för kontrollen om läkaren inte förordnar en kortare giltighetstid.

Det är ändamålsenligt att ge intyget i samband med de tidsbunda undersökningarna inom skol- och studenthälsovården. Intyget skrivs i regel åt den unga för att fastställa hälsotillståndet för yrkesutbildning, erhållande av körkort, uppbåd och arbetsliv. Inom yrkesområden där det finns specialstadganden gällande hälsotillståndet (t. ex. sjöfart, luftfart, dykning) används fortfarande särskilda blanketter vid behov.

Hälsointyget för ungdomar gundar sig på den systematiska, individuella, hälsouppföljningen som gjorts inom skol- och studenthälsovården. Den läkare som ansvarar för skolhälsovården uppgör intyget i samarbete med skolhälsovårdaren. Förutom originalhandlingen uppkommer samtidigt fyra kopior, av vilka en bevaras i samband med hälsojournalen. Intyget undertecknas av den person, som intyget gäller, vid kontrolltillfället. Intyget och kopiorna av det kan användas under intygets giltighets tid om inga förändringar i hälsotillståndet skett. Varje kopia undertecknas skilt vid användningen av den.

**Hälsointyget bör uppbevaras så att dess läsbarhet bevaras och att det annars uppfyller de krav som ställs på handlingar.**