

**Lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja lähettää tämän lomakkeen potilaan asuinpaikan poliisilaitokselle**

<b>Potilaan henkilötiedot</b>	Sukunimi	Henkilötunnus		
	Etunimet			
	Lähiosoite			
	Postinumero ja -toimipaikka			
	Ajokorttiluokka			
<b>Johtopäätökset</b> Ei edellytä potilaan suostumusta	<b>A. Potilas ei enää täytä ajokorttiluvalle asetettuja terveysvaatimuksia jatkuvan päihteiden käytön tai terveydentilan muun kuin tilapäisesti tapahtuneen heikentymisen takia</b> (lääkäri ilmoittaa)			
	<input type="checkbox"/> <b>Ei täytä terveysedellytyksiä ryhmän 1 eikä ryhmän 2 osalta.</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>Ei täytä terveysedellytyksiä ryhmän 2 osalta, mutta täyttää ryhmän 1 osalta</b>			
	<b>B. Potilas ei enää täytä ajokorttiluvalle asetettuja terveysvaatimuksia jatkuvan päihteiden käytön takia</b> (sairaan- tai terveydenhoitaja ilmoittaa)			
	<input type="checkbox"/> Ei täytä ajoterveysedellytyksiä jatkuvan päihteiden käytön takia			
	<b>C. Lisäksi ehdotetaan seuraavia toimenpiteitä ajoterveysvaatimusten tarkemmaksi selvittämiseksi</b>			
	<input type="checkbox"/> Erikoislääkärin lausunto poliisille _____ / _____ / _____ mennessä			
	Erikoisala: _____			
	<input type="checkbox"/> Ajonäyte (edellytykset ajoneuvon hallintalaitteiden käyttöön, lisälaitteiden tarve)			
	<input type="checkbox"/> Ajokoe (liikennesääntöjen hallinta ja ajokoe liikenteessä)			
<input type="checkbox"/> Uusi lääkäri käynteä ajonäytteen/ajokokeen suorittamisen jälkeen				
Ilmoittaja:				
<input type="checkbox"/> Sairaanhoitaja <input type="checkbox"/> Terveydenhoitaja <input type="checkbox"/> Lääkäri    Erikoisala: _____				
Ilmoittajan yhteystiedot				
Paikka ja aika				
Ilmoittajan allekirjoitus ja nimenselvitys				
<b>Aikaistettu ajo-terveystarkastus</b> - ilmoittaminen potilaan suostumuksella	<b>Aikaistettu lääkärintarkastus</b> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> vuoden kuluessa			
	<input type="checkbox"/> Fysiatria	<input type="checkbox"/> Kirurgia	<input type="checkbox"/> Ortopedia ja traumatologia	<input type="checkbox"/> Silmätaudit
	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	<input type="checkbox"/> Psykiatria	<input type="checkbox"/> Sisätaudit
	<input type="checkbox"/> Kardiologia	<input type="checkbox"/> Neurokirurgia	<input type="checkbox"/> Päihdelääketiede	<input type="checkbox"/> Syöpätaudit
	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaudet	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Yleislääkäri
	Potilaan suostumus:			
Paikka ja aika				
Allekirjoitus ja nimenselvitys				