

## Sammanfattande bedömning av tjänstbarheten

Datum	Personnr	Anställningsnr
Namn	Telnr:(Bost)	Telnr:(Arb)
Adress	Postnr	Ort

Hinder jämlikt 6 § Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse om Rök- och kemdykning (AFS 1995:1)

Föreligger ej  Tidpunkt för nästa undersökning enligt

Föreligger  AFS 1995:1 .....

Anmärkningar (Observera gällande sekretessregler):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ort:..... den:.....

.....  
Undersökande läkare (Underskrift och namnförtydligande)

# Dokumentationsunderlag för läkarundersökning avseende ställningstagande till tjänstbarheten vid rök- och kemdykning

## Sjukdomshistoria

Har Du sökt sjukvård eller annan vård (t.ex. hos sjukgymnast eller kiropraktor) p.g.a. sjukdom eller motsvarande enligt följande under det senaste året:

**Ja, för:**

**Nej**

Arbetskada eller tillbud

Annan skada/olycksfall

Vårdats på sjukhus

Besvär från nacke, skuldror, axlar

Besvär från bröst- el. ländrygg

Besvär i höft el. knäled

Andra besvär från skelett, muskler, leder

Högt blodtryck

Lågt blodtryck

Svimmingstendens

Hjärt-kärlsjukdom

Lungsjukdom/Astma

Andra luftvägsbesvär/sjukdom (ex. hosta, ökad slemproduktion)

Huvudverk

Annan neurologisk sjukdom (förlamning, epilepsi, kronisk smärta)

Hörselnedsättning eller andra besvär från hörsel/balanssinnet

Synförsämring eller andra besvär från synsinnet

Yrsel

- Nervösa/psykiska besvär  
(speciellt cellskräck)
- Skallskada/Medvetlöshet
- Obehag i samband med dykning  
eller flygning
- Eksem/hudbesvär
- Allergiska besvär
- Mag-/tarmsjukdom
- Lever-/gallsjukdom
- Njur-/urinvägssjukdom
- Gynekologiska besvär
- Diabetes/Struma/Hormonsjukdom
- Sökt läkare av annan orsak än  
ovan angivet

**Övrigt**

**Ja**

**Nej**

Använder Du glasögon el. linser?

Röker Du?

Har Du provat narkotika?

Använder Du alkohol?

Har Du varit frånvarande från  
Arbetet/skolan p g a sjukdom under  
senaste året?

Om ja, ange:

Antal dagar (totalt):.....

Antal sjukskrivning-  
tillfällen:.....

Använder du medicin regelbundet?

Om ja, ange nedan  
vilka mediciner Du  
använder (namn och  
dos).

Känner du dig fullt frisk?

**Aktuell medicinering**

Läkemedelsnamn:

Styrka:

Dos:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Jag försäkrar att jag sanningsenligt besvarat ovanstående frågor.

Ort:.....Datum:.....

.....  
Namnteckning/Namnförtydligande

## Laboratorie- och fysiologisk undersökning

**Längd:** .....cm

**Vikt:** .....kg

**BMI:** .....

<b>Urinsticka:</b>	glukos	0	+	++	+++
	protein	0	+	++	+++
	erythrocyter	0	+	++	+++

<b>Syn:</b>	Synskärpa	<b>Vä</b>	<b>Hö</b>
	- utan korrigering	.....	
	- med korrigering	.....	

**Ja**                      **Nej**

<b>Hörsel:</b>	Audiogram:	utan anm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	------------	-----------	--------------------------	--------------------------

<b>Arbets-EKG</b>		utan anm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--	-----------	--------------------------	--------------------------

