

TJÄNSTBARHETSINTYGG FÖR ARBETE MED ASBEST, KVARTS OCH VISSA SYNTETISKA OORGANISKA FIBRER

Namn _____

Personnummer _____

Arbetsgivare _____

Datum för utförd undersökning _____

Härmed intygas att ovanstående person har genomgått undersökning enligt 27-31 §§ i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:6) om medicinska kontroller i arbetslivet, varvid nedanstående tjänstbarhetsbedömning har gjorts.

Den undersökte är tjänstbar

Den undersökte är **inte** tjänstbar

Den undersökte är tjänstbar med följande förbehåll (se råd till 2 §):

.....

Nästa undersökning (periodisk läkarundersökning), inklusive spirometri, ska göras

senast _____ (se 30 §)
år månad

Senaste spirometri _____
år månad mottagning

Senaste lungröntgen _____
år månad rtg-avdelning

Nästa lungröntgen _____ (se 30 §)
år månad

.....
Läkare *Det ställs särskilda kompetenskrav på läkaren, se 8 § AFS 2005:6.*

.....
Läkarmottagning/företagshälsovård inklusive adress och tel.nr

.....