

Hälsodeklaration Dykeriarbete enligt EDTC & AFS2019:3

Ansökningsblankett för tjänstbarhetsintyg dykeriarbetet. Sekretesslagen (1980:100) skall beaktas.

Fylls i fullständigt av den sökande. Vg texta!

Dagens datum	Datum för senaste ansökan om medicinskt intyg:	Ansökan: <input type="checkbox"/> Första gången <input type="checkbox"/> Förlängning/förnyelse
Efternamn:	Personnummer/id-nummer:	Huvudsaklig sysselsättning:
Förnamn:	Arbetsgivare:	Totalt antal dyktimmar:
Stadigvarande adress:	Typ av dykcertifikat/år:	Antal dyktimmar efter den senaste läkarundersökningen:
Mobiltelefon:	Aktuella dykarbetsuppgifter:	Typ av dykning: <input type="checkbox"/> Räddningsdykning <input type="checkbox"/> Anläggningsdykning <input type="checkbox"/> Vetenskapligdykning <input type="checkbox"/> Dykinstruktör/DM <input type="checkbox"/> Annan typ:
Har du någonsin nekats tjänstbarhetsintyg <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja När/orsak:	Har du sedan den senaste tjänstbarhetsbedömningen varit tryckkammarbehandlad och/eller varit inblandad i någon olycka/incident under arbete eller fritid? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Datum: När/skada:	
Längd: Vikt: förändring senaste året? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Brukar du för närvarande någon medicin? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange läkemedel, dosering, datum då medicineringen startade och anledning:	Röker du? <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Nej, slutat röka år: <input type="checkbox"/> Ja, ange typ och mängd: Andra droger än alkohol? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Motionerar du regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur mycket?	Antal sjukskrivningstillfällen det senaste 5 åren längre än 3 veckor? Orsak?	
Sportaktiviteter? Vilka? Hur ofta?	Har du någonsin varit inlagd på sjukhus? År? Orsak? Läkarbesök sedan föregående undersökning?	
Hur ofta dricker Du alkohol? (AUDIT) <input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/> 2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/> 4 gånger/vecka eller mer. Hur många glas (se exempel till höger) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 eller fler	Med ett glas menas: 45cl folköl, 33cl starköl, 1 glas rött eller vitt vin, 1 litet glas starkvin, 4cl sprit, t.ex. whiskey	

Den nuvarande arbetsförmågan jämfört med när den var som bäst

Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder du arbetar som allra bäst just nu).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kan inte alls arbeta Min arbetsförmåga är som bäst

Frågorna fortsätter på nästa sida. Vg vänd!

Allmän medicinsk bakgrund: Har du haft något av följande? Varje fråga måste besvaras med ett Ja eller ett Nej (eller i enlighet med vad som anges). Ja-svar ska utvecklas närmare i fältet för anteckningar på nästa sida. Om ingen förändring skett, notera detta i fältet för anteckningar.

	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
Ögonbesvär/Synrubbningar eller ögonoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi eller hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörselnedsättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du burit kontaktlinser eller glasögon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Näs eller halsbesvär, talrubbningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Öronsjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du läsglasögon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma eller luftvägsbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Öronbehag i samband med dykning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Färgblind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tandprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problem med sinus (bihå- lor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej		Ja	Nej	Sjukdomar i släkten	Ja	Nej
Besvär i höft eller knäled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi, astma eller eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär från nacke, skuldror, axlar Besvär i höft eller knäled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologiska rubbningar: Stroke, epilepsi, kramper, förlamningar etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Höga kolesterolvärden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär från bröst- el ländrygg? Skallskada eller hjärnskakning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du vid något tillfälle, under kortare tid, märkt av en övergående oförklarlig trötthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär från tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Åksjuka som kräver mediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledgångs reumatism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofta förekommande eller svår huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra besvär från skelett, muskler, leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrsel eller svimningsanfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär från mag-tarmkanalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medvetlöshet av någon anledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom (grön starr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du testats positiv för Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiska besvär av något slag: depression, ångest, cellskräck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andra ärftliga sjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulos, malaria eller annan tropisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Missbruk av alkohol, droger eller andra psykoaktiva substanser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Har du eksem eller andra hudbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Självordsförsök?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övrigt	Ja	Nej
Vita fingrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du varit utsatt för hot och våld på jobbet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursten eller blod i urinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Anser du dig själv vara fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt eller lågt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endast för kvinnor	Ja	Nej	Har du varit med om arbets- skada eller tillbud på jobbet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt- eller kärlbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besök hos legitimerad läkare sedan senaste tjänstbarhetsbedömningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga

Ort och datum Underskrift	Namnförtydligande
---------------------------	-------------------

