

Namn: _____

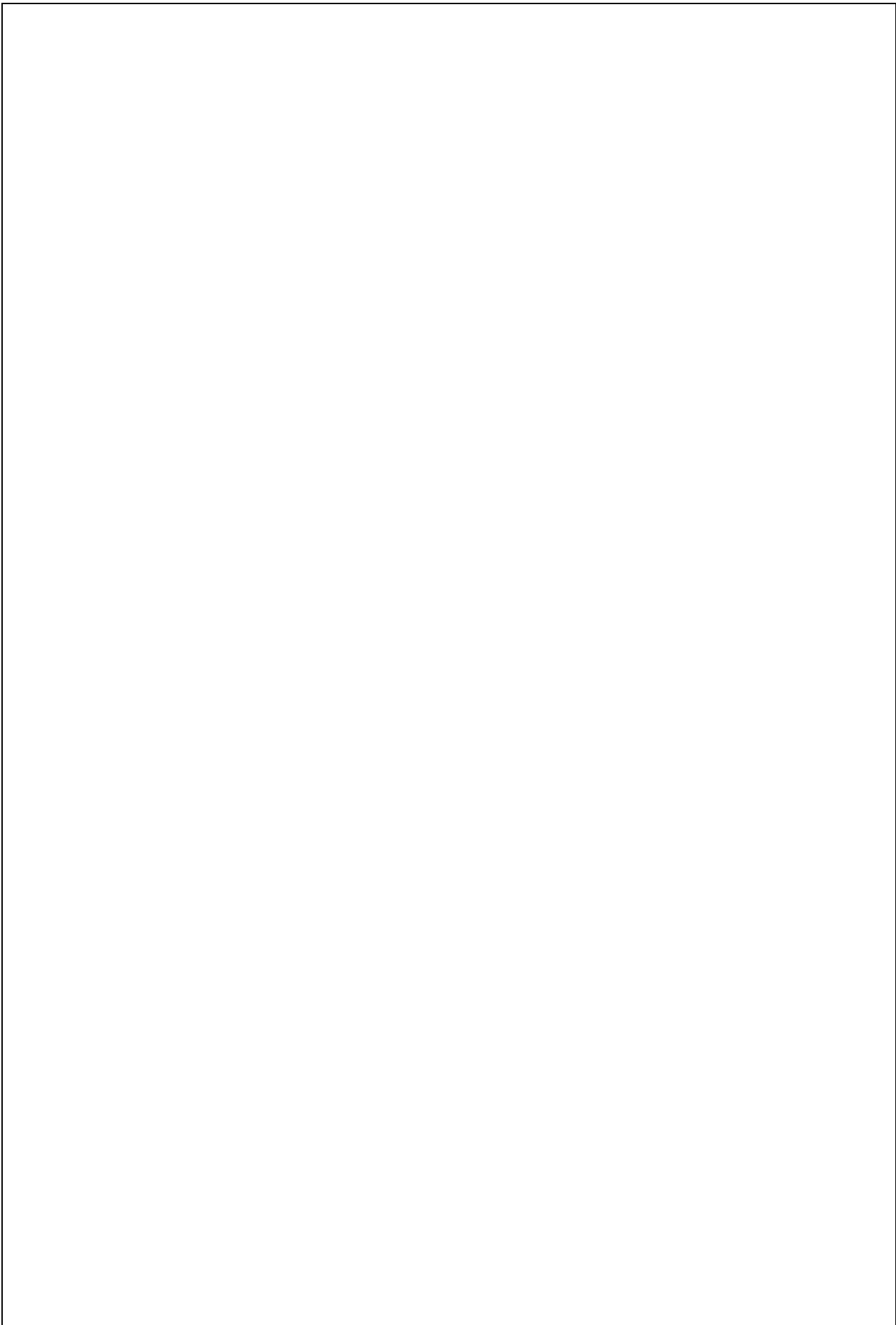
Personnummer: _____

Yrke: _____

Datum: _____

Kort anamnes

Fritidsaktiviteter:
OK kontakta företaget?: JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Har man gjort: Riskbedömningar? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Medicinska kontroller? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Hur många fler på samma firma har liknande arbetsuppgifter?
Besvärdebut:
Vibrationsfri del av året:
Övrigt:



Arbetsuppgifter/Arbetsmoment

Nr	Arbetsuppgift/Arbetsmoment – där ett eller flera verktyg/maskiner frekvent används tillsammans för att klara av arbetsuppgiften	Del av arbetstid över år (dagar eller veckor eller månader)
A		
B		
C		
D		
E		

F		
G		
H		
H		
G		