

Hälsoundersökning

Blanketten gäller enligt Järnvägsinspektionens föreskrifter (BV-FS 2000:4) om hälsoundersökning och hälsotillstånd för personal med arbetsuppgifter av betydelse för trafiksäkerheten.

För frågor och beställningar av fler exemplar av denna blankett, kontakta Järnvägsstyrelsen på telefon 0243-24 69 03. Blanketterna kan med fördel laddas ned från Internet: www.jvs.se

Den undersöktes efternamn		Tilltalsnamn		Personnummer	
Adress			Postnummer		Postadress
Telefon bostad (även riktnummer)			Telefon arbete (även riktnummer)		
Legitimering <input type="checkbox"/> Körkort		<input type="checkbox"/> Annan ID-handling		<input type="checkbox"/> Personlig kännedom	

Undersökning för arbetsuppgifter enligt BV-FS 2000:4 (kryssa)

1 § 1	1 § 2	1 § 3	1 § 4	1 § 5	1 § 6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsodeklarationen fylls i av den som ska undersökas *före* besöket, men undertecknas i läkarens närvaro.

• Har du tidigare haft eller har du nu någon av följande sjukdomar?

	Ja	Nej
- hjärtsjukdom eller högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epilepsi eller annan neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- yrsel, kramper, svimningar eller andra rubbningar av medvetandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sömn- eller vakenhetsstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psykisk sjukdom eller psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sjukdom som påverkar uppmärksamheten, koncentrationen eller minnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annan långvarig eller allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Har du märkt någon synrubbning såsom

	Ja	Nej
- när- eller långsynthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dubbelseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sämre mörkerseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annan synrubbning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Använder du glasögon/kontaktlinser?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

• Är färgsinnet tidigare undersökt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Om svaret är ja, var färgsinnet då normalt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

• Har du behandlats för någon ögonsjukdom?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Om svaret är ja, ange sjukdomen:

Läkarens kommentarer:

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

- **Har du svårigheter att höra**

<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 - när flera pratar samtidigt?
 - samtal
 - i telefon?
 - i kommunikationsradio?
 - i tyst miljö?
 - i miljöer med störande bakgrundsljud?

- **Använder du hörapparat?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- **Har du sömnproblem?**

<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(T.ex. snarkning/andningsuppehåll)

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

.....

.....

- **Har du besvär i samband med skiftgång eller nattarbete?**

<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

.....

.....

- **Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?**

<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är ja, ange skadans art:

.....

.....

- **Har du vid något tillfälle tagits ur tjänst i samband med en olyckshändelse eller ett tillbud?**

<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är ja, ange när och varför:

.....

.....

- **Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom?**

<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är ja, ange vilken eller vilka:

.....

.....

Läkarens kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Använder du**

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
- lugnande medel/sömnmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- smärtstillande medel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annan medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är ja, ange vilken medicin:

.....

- **Har du under de senaste 2 åren använt narkotika eller anabola steroider?**

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är ja, ange vad och när?

.....

Läkarens kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Hur ofta dricker du alkohol?	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 <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	------------------------------------	---	--	---	--

• Hur många "glas" (se exemplet nedan) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	0–2 <input type="checkbox"/>	3–4 <input type="checkbox"/>	5–6 <input type="checkbox"/>	7–9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---

• Med ett "glas" menas:



45 cl folköl



33 cl starköl



1 glas rött el. vitt vin



1 litet glas starkvin



4 cl sprit, t.ex. whisky

- **Har du sedan föregående periodiska hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom?**

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Har du sedan föregående undersökning varit sjukskriven mer än 4 veckor eller haft upprepade korta sjukfall? (6 eller flera under en 12-månadersperiod.)**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

- **Anser du dig för närvarande fullt frisk?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt

Läkarens kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum..... Namnteckning

Datum..... Sköterska

Längd cm		Vikt kg		BT (efter 5 min. vila) mm/Hg		Blodsocker mmol/l
				syst	diast	
Hörsel Hörbarhet i decibel	Höger	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	Övriga prover
	Vänster	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	
I förekommande fall				Drogtest		
ALAT μ kat/l	gamma-GT μ kat/l	CDT %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			u.a.	pos.	ej utförd	

Syn Höger	okorr	korr	sf	cyl	Synfält Vänster <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u.a. def.
	Vänster	okorr	korr	sf	
Binoc	okorr	korr	Färgsinne u.a. <input type="checkbox"/> def. <input type="checkbox"/>		Höger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u.a. def.

- **Föreligger**
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - misstanke om alkohol- eller drogmissbruk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - öronsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ögonmuskelpareser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nedsatt huvudrörlighet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - påtagliga psykiska defekter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - tecken till sjukdomar | | |
| i nervsystemet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i rörelseorganen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i cirkulationsorganen? (hjärta/hypertoni) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sömnstörningar, t.ex. sömnapné? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Läkarens kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum..... Läkarens underskrift.....

Namnförtydligande

Adress.....

Telefon.....