

## Hälsodeklaration Klättring med stor nivåskillnad enligt AFS 2019:3

Frågor markerade med \* behöver bara besvaras första gången, om samma undersökande mottagning.

**Fylls i fullständigt av arbetstagaren. Vg texta!**

Dagens datum	Undersökning för tjänstbarh.intyg <input type="checkbox"/> Första gången <input type="checkbox"/> Förnyelse	Datum för senaste tjänstbarhetsintyg:
Efternamn:	Förnamn:	Personnummer/id-nummer:
Mobiltelefon:	Arbetsgivare:	Huvudsaklig sysselsättning
Stadigvarande adress:	Postnummer:	Postort:
Har du någonsin nekats tjänstbarhetsintyg? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja När/orsak	Längd:                      Vikt: Förändring senaste året? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja +/-                      kg	
Är du för närvarande ordinerad någon medicin? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange läkemedel, dosering, datum då medicineringen startade och anledning:	*Antal sjukskrivningstillfällen det senaste 5 åren längre än 2 veckor? Orsak?	
Motionerar /tränar du regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur många gånger/vecka i genomsnitt? Vad?	*Har du någonsin varit inlagd på sjukhus? År? Orsak?	
Röker du? <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Nej, slutat röka år: <input type="checkbox"/> Ja, ange typ och mängd: Har du provat andra droger än alkohol? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad/när?	Har du gjort något besök hos vårdpersonal (ex läkare, fysioterapeut, psykolog...) sedan föregående undersökning? När? För vad?	
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 när 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: 45 cl folköl, 33 cl starköl, 1 glas vin, 1 litet glas starkvin, 4cl sprit, t.ex. whiskey	

**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 "Kommentarer".

	Ja	Nej
Ögonbesvär/synrubbing/ ögonoperation?		
Använder du kontaktlinser eller glasögon?		

	Ja	Nej
Allergi eller hörsnuva?		
Näs- eller halsbesvär, talrubbing?		
Astma eller luftvägsbesvär?		

	Ja	Nej
Hörselnedsättning?		
Öronsjukdomar?		
Problem med sinus (bihålor)?		

**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 "Kommentarer".

	Ja	Nej
Besvär i höft eller knäled?		
Besvär från nacke, skuldror, axlar?		
Besvär från bröst- eller ländrygg?		
Andra besvär från skelett, muskler, leder?		
Skallskada eller hjärnskakning?		
Har du eksem eller andra hudbesvär?		
Vita fingrar?		
Besvär från mag-tarmkanalen?		
Besvär från njurar eller urinvägar?		
Högt eller lågt blodtryck?		
Hjärt- eller kärlbesvär?		
Operation i hjärtat eller annat ingrepp t.ex ballongsprängning (PCI)?		

	Ja	Nej
Pacemaker, rytmrubbning		
Diabetes (sockersjuka)		
Neurologiska rubbningar: Stroke, epilepsi, kramper, förflamningar etc?		
Blodpropp?		
Har du vid något tillfälle, under kortare tid, märkt av en övergående oförklarlig trötthet?		
Åksjuka som kräver medicinerings?		
Migrän, eller annan ofta förekommande eller svår huvudvärk?		
Yrsel, svimningsanfall eller balansrubbning?		
Psykiska besvär av något slag: depression, ångest, psykos, cellskräck?		
Missbruk av alkohol, droger eller andra psykoaktiva substanser?		
Annan sjukdom eller skada?		

Övrigt	Ja	Nej
Har du metallföremål i kroppen, t.ex konstgjord led, spik/skruv, tandimplantat, tandbrygga, pacemaker el liknande?		
Har du varit utsatt för hot och våld på jobbet?		
Anser du dig själv vara fullt frisk och arbetsför?		
Har du varit med om arbetskada eller tillbud på jobbet?		
Har du testats positiv för Covid-19? När i så fall?		
<b>Endast för kvinnor</b>		<b>Ja Nej</b>
Är du gravid?		

### Din nuvarande arbetsförmåga jämfört med när den var som bäst

Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilken poäng 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	

Kommentarer

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga  
Ort och datum, Underskrift

Namnförtydligande