**1**

|  |
| --- |
| **Skjema som kan brukes ved helseundersøkelse etter følgende forskrifter:****Togframføringsforskriften****ERTMS-togframføringsforskriften****Museumsbaneforskriften Sidesporforskriften****Kravforskriften** |

**Personopplysninger:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etternavn:** | **Fornavn:** | **Personnummer:** |
| **Adresse:** | **Postnummer:** | **Poststed:** |
| **Telefon privat:** | **Telefon arbeid:** | **Mobiltelefon:** |
| **Legitimasjon:** |

**Arbeidsgiver/jernbanevirksomhet som det skal arbeides i:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeidsgiver/jernbanevirksomhet som det skal arbeides i:** | **Telefon:** |
| **Adresse:** | **Postnummer:** | **Poststed:** |

**Helseundersøkelsen gjelder:**

**Arbeidsoppgaver:**

**Helseundersøkelsen består av:**

1. **Egenerklæring med legens kommentarer – side 2-3**
2. **Lab. status – side 4**
3. **Legeundersøkelse – side 4**

**Legeattest er vedlagt som side 5. Denne fylles ut av legen og sendes arbeidsgiver/ jernbanevirksomhet som det arbeides i.**

***Sidene 2 og 3 fylles ut av den som skal undersøkes***

**1. Egenerklæring:**

2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ***Ja Nei*** |
| Har du førerkort?- Hvis ja, hvilken klasse? |  |
| Er du fritatt fra verneplikttjeneste?- Hvis ja, av hvilken grunn? |  |
| Har du tidligere hatt eller har du- psykisk sykdom eller psykiske plager?- epilepsi?- svimmelhet, kramper, besvimelser ellerandre nedsettelser av bevisstheten?- hjertesykdommer?- høyt blodtrykk?- diabetes?- nyresykdommer?- annen langvarig eller alvorlig sykdom? |  |

- Hvis "ja", hvilken/hvilke sykdommer?

Er/Har du

- nær- eller langsynt?

- dobbeltsyn?

- dårlig nattsyn?

- andre synsforstyrrelser?

Bruker du briller?

Bruker du kontaktlinser?

Er ditt fargesyn tidligere blitt undersøkt?

- Hvis ja, var fargesynet da normalt?

Har du blitt behandlet for noen øyesykdom?

- Hvis ja, hvilken sykdom?

Har du problemer med hørselen

- når flere prater samtidig?

- i telefonen?

- i kommunikasjonsradio?

- når noen snakker lavt?

- ved støyende bakgrunnslyd?

Bruker du høreapparat?
Har du søvnproblemer?





**Legens kommentarer:**

3

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ja Nei***- Hvis ja, beskriv hva slags problemer:Har du problemer ifm. skift-/nattarbeid?- Hvis ja, beskriv hva slags problemer: | **Legens kommentarer:** |
| Har du vært utsatt for mer alvorlig(e) kroppsskade(r)? |   |
| - Hvis ja, hvilken/hvilke? |   |
| Bruker du |   |
| - beroligende medikamenter/sove- medisin? |   |
| - smertestillende? |   |
| - annen medisin? |   |
| - Hvis ja, hvilken/hvilke? |   |
| Bruker du eller har du tidligere brukt narkotika eller anabole steroider? |   |
| - Hvis ja, hva og når? |   |
| Angi ditt alkoholforbruk i løpet av en gjennomsnittsuke: |   |
| \_\_\_\_\_ dl øl \_\_\_\_\_ dl vin \_\_\_\_\_ cl brennevin |   |
| Føler du selv at du er frisk? |   |
| Har du vært innlagt på sykehus eller blitt behandlet av lege siden forrige helse- undersøkelse? |   |
| Har du vært sykemeldt eller hatt korte sykefravær siden forrige helseundersøkelse? |   |

4

Dato Signatur

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Synhøyre | ok | korr | sf | cyl | ax | høyreu.a. 0defekt 0 | Synsfeltvenstreu.a. 0defekt 0 |
| venstre | ok | korr | sf | cyl | ax |
| Binoc | ok | korr | Fargesyn0 u.a. 0 pos. |

**Legens kommentarer:**

- Eventuelle anmerkninger skrives inn under

legens kommentarer 

Allmenntilstand u.a. anm.





|  |  |
| --- | --- |
| Jeg forsikrer at ovennevnte opplysninger er korrekte. (Undertegnes i legens nærvær.)Dato Signatur |   |
| ***Denne siden fylles ut av helsepersonell*** |

1. **Lab. status:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dato Signatur  | **Kommentarer:** |
|   |
|   | Lengde | Vekt | BT (etter 5 min. hvile)syst diast |
|   | Hørsel høyre | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | Blodsukker mmol/l |
|   | vens- tre | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | Urinsukker0 u.a 0 pos. |
|   | Andre prøver |
|   | ALAT | gamma-GT | CDT | evt. test av narkotiske stoffer0 u.a 0 pos |
|   |

1. **Legeundersøkelse:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 5 |
|  | *Ja Nei* |  |  |  |  |
| Foreligger det- øresykdom?- øyesykdom?- øyemuskelpareser?- nystagmus? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Finnes det grunn til mistanke om- progressiv øyesykdom?- nedsatt bevegelighet?- psykiske defekter?- sykdom i nervesystemet?- sykdom i bevegelsesorganer?- sykdom i fordøyelsesorganer? | *Ja Nei* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

6

***Denne siden fylles ut av legen***

**Legeattest:**

**Undersøkelsen er bestilt av:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeidsgiver/jernbanevirksomhet som det skal arbeides i:** | **Telefon:** |
| **Adresse:** | **Postnummer:** | **Poststed:** |

**Undersøkelsen gjelder:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etternavn:** | **Fornavn:** | **Personnummer:** |
| **Adresse:** | **Postnummer:** | **Poststed:** |
| **Telefon privat:** | **Telefon arbeid:** | **Mobiltelefon:** |
| **Legitimasjon:** |

**Undersøkelsen er gjort på bakgrunn av *[navn på forskrift]*.**

**Oppfylles helsekravene i forhold til arbeidsoppgaver som nevnt i forskriften § *[ ]?***

***[skriv inn hvilke krav som skal oppfylles]***

**Sykdommer eller funksjonsbegrensninger som kan påvirke arbeidet:**

**Spesielle forbehold:** Må i tjenesten benytte briller/kontaktlinser høreapparat

**Neste helseundersøkelse må utføres senest den**

**Annet:**

Sted, dato Legens underskrift

Legens navn og adresse med blokkbokstaver: