

LÄKARUNDERSÖKNING AV SJÖMAN

(Förordning om läkarundersökning av sjöman 476/1980)

1 Första undersökning
(anamnes)

2 Förnyad undersökning
(anamnes)

3 Datum för föregående undersökning

1 Till den undersökte
2 Till Institutet för arbetshygien
3 Till läkaren



4 Efternamn		5 Personbeteckning	
6 Förnamn		7 Kön <input type="checkbox"/> 1 Man <input type="checkbox"/> 2 Kvinna	
8 Adress			
9 Den undersöktes identitet har kontrollerats <input type="checkbox"/> 1 Pass; nr och utfärdsland <input type="checkbox"/> 2 Körkort <input type="checkbox"/> 3 Annat officiellt identitetsbevis <input type="checkbox"/> 4 Känd			
10 Avdelning på fartyget Maskin- <input type="checkbox"/> 1 Däckavdelning <input type="checkbox"/> 2 avdelning <input type="checkbox"/> 3 Annan			
11 Uppgift / avsedd uppgift ombord		12 Hur många år har ni arbetat till sjöss?	
13 Har ni någon gång / efter föregående undersökning undersökts av läkare eller behandlats på mottagning, sjukhuspoliklinik eller -avdelning? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja		14 Har ni på grund av användning av alkohol eller narkotika eller läkemedel varit intagen eller behandlats i institutions- eller öppen vård eller har ni missbrukat dessa medel? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	

Har ni eller har ni haft följande sjukdomar?

15 Tumör	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	29 Återkommande hosta eller andnöd	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
16 Diabetes	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	30 Astma	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
17 Sköldkörtelsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	31 Mun- eller tandsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
18 Blodsjukdom (anemi, leukemi, hemorragisk sjukdom)	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	32 Magsår	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
19 Mental störning (depression m.m.)	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	33 Annan buk- eller tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
20 Ögonsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	34 Bräck	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
21 Öronsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	35 Njursjukdom eller annan urinvägssjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
22 Återkommande huvudvärk	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	36 Könssjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
23 Yrsel, medvetlöshetsanfall, svimningar	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	37 Hudsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
24 Epilepsi, kramp	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	38 Begränsad rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
25 Förslamning	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	39 Ledsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
26 Blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	40 Ryggbesvär, -sjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
27 Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	41 Allergi	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
28 Annan sjukdom av cirkulationsorgan	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	42 Andra fel, skador, sjukdomar	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja

43 Noggrannare redogörelse för de föregående "Ja"-punkterna 13 - 42, till exempel vårdplats och -tidpunkt samt för punkterna 44 - 50 (ifrågavarande nummer anges):

Blanket för läkarundersökning av sjöman fastställd av social- och hälsovårdsministeriet

44 Får ni någon regelbunden behandling eller använder ni regelbundet eller återkommande något läkemedel? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja (vad)			
45 Är ni allergisk för något läkemedel? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja (läkemedlets namn och symtom)			
46 Tycker ni att ni är arbetsförmögen? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	47 Är ni gravid? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	48 Röker ni? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	3 Hur många cigaretter per dag?
49 Tjänsteduglighetskategori		50 Har ni sökt dispens / har ni dispens? <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	

Härmed intygar jag att uppgifterna som jag har gett är sanningsenliga och att jag inte har dolt något som gäller mitt hälsotillstånd. Läkarna, sjukhusen och anstalterna får överlåta alla uppgifter om mitt hälsotillstånd som de har till de sjöfartsmyndigheter som behandlar min tjänsteduglighet och till Institutet för arbetshygien (läses upp för den undersökte).

51 Ort och datum

52 Underskrift och namnförtydligande av den undersökte



Läkarintygen jämte uppgifter är sekretessbelagda (Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, 13 §). Om skydd av uppgifterna och tystnadsplikt bestäms i personuppgiftslagen (523/1999, 32 - 33 §).

LÄKARUNDERSÖKNING AV SJÖMAN

(Förordning om läkarundersökning av sjöman 476/1980)

53 Första undersökning
(nuvarande tillstånd)

2 Förnyad undersökning
(nuvarande tillstånd)

55 Datum för föregående undersökning

1 Till den undersökte
2 Till Institutet för arbetshygien
3 Till läkaren

56 Personbeteckning	57 Efternamn
58 Förnamn	

Undersökningsresultat

59 Längd, cm	60 Vikt, kg	61 Blodtryck /	62 Protein i urinen	63 Socker i urinen	64 RTG lungor har inte utförts <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 har utförts	datum	65 Annat intyg <input type="checkbox"/>
--------------	-------------	-------------------	---------------------	--------------------	---	-------	--

Syn

66 Synskärpa utan glasögon 1 höger öga 2 vänster öga 3 samsyn			67 Synskärpa med glasögon 1 höger öga 2 vänster öga 3 samsyn			68 Synfält 1 höger öga 2 vänster öga <input type="checkbox"/> 1 normalt <input type="checkbox"/> 2 bristfälligt <input type="checkbox"/> 1 normalt <input type="checkbox"/> 2 bristfälligt	
69 Färgseende <input type="checkbox"/> 1 inte testat <input type="checkbox"/> 2 normalt <input type="checkbox"/> 3 bristfälligt				70 Använt färgseendetest			

Hörsel

71 Audiometer	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz	72 Tal- och viskningstest (i meter)
1 höger öra								
2 vänster öra								

Patologiska fynd

73 Mun	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	82 Buk	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
74 Tänder	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	83 Bräck	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
75 Öron, trumhinnor	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	84 Matsmältningsorganen	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
76 Ögon, ögonens rörelser, pupiller	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	85 Övre och nedre extremiteterna	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
77 Lungor och bröstorg	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	86 Rygggrad	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
78 Hjärta	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	87 Balans och koordination	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
79 Perifer puls	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	88 Psyke	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
80 Åderbräck	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	89 Smittsam sjukdom	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja
81 Hud	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja	90 Annat	<input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ja

91 Noggrannare redogörelse för de föregående punkterna och för punkterna 92 - 97 (ifrågasvarande nummer anges) samt eventuellt andra redogörelser:

Utlåtande

92 Lämplig för alla slags tjänster <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej (punkter)	93 Lämplig för maskintjänst <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej (punkter)
94 Lämplig för annan slags tjänst <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej (punkter)	95 Lämnas för undantagsförfarande på följande grunder <input type="checkbox"/> 1 Ja (punkter)
96 Jag föreslår förnyad undersökning före (datum) <input type="checkbox"/> 1 Ja (punkter)	97 Jag föreslår undersökning av specialtläkare på följande grunder <input type="checkbox"/> 1 Ja (punkter)

Jag intygar riktigheten i ovanstående uppgifter på heder och samvete.

98 Ort och datum

99 Läkarens underskrift och stämpel eller namnförtydligande



100 Undersökningsställets adress och telefonnummer

101 Undersökningen utfördes av sjömansläkare på en sjömanshälsovårdscentral

102 Undersökningen utfördes av sjömansläkare på annat ställe än sjömanshälsovårdscentral

103 Undersökningen utfördes av annan läkare än sjömansläkare

Läkarintygen jämte uppgifter är sekretessbelagda (Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, 13 §). Om skydd av uppgifterna och tystnadsplikt bestäms i personuppgiftslagen (523/1999, 32 - 33 §).