Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hälsodeklaration inför mast-/höjdarbete

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** | **Kommentar** |
| **Har du tidigare genomgått läkarundersökning för höjdarbete?** **När?** | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Har du någonsin** - Haft epileptiskt anfall eller andra kramper?- Svimmat eller haft annan medvetanderubbning?- Drabbats av yrsel eller svindel? | ❒❒❒ | ❒❒❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Har du haft något synproblem som**-Svag syn, dubbelseende eller annan synrubbning eller behandlats för ögonsjukdom? Vad?- Använder du ständigt glasögon eller kontaktlinser? | ❒❒ | ❒❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Har du sökt läkare eller annan vårdgivare för**-Hjärtsjukdom eller högt blodtryck?-Astma eller annan sjukdom i andningsorganen?-Besvär från leder, muskler, rygg eller nacke?-Sockersjuka?-Njursjukdom?-Organisk nervsjukdom?-Psykisk sjukdom?-Annan sjukdom? Sjukdomens art? | ❒❒❒❒❒❒❒❒ | ❒❒❒❒❒❒❒❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?****Vad?** | ❒ | ❒ |  |
| **Har du något metallföremål i kroppen, t ex****pacemaker, konstgjord led, spik, platta, tand-protes eller liknande?** | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Har du någonsin varit inlagd på sjukhus? Om ja****När? Sjukdomens art?** | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
|  | **Ja** | **Nej** | **Kommentar** |
| **Behandlas du eller har du tidigare behandlats med lugnande, sömngivande, smärtstillande, blodtryckssänkande eller annan medicin?** | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Motionerar du regelbundet?** | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Använder du tobak i någon form?** | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Använder du alkoholhaltiga drycker?**Ungefär hur stor är din veckokonsumtion av Stark- eller mellanöl ................. clVin …………… clSprit ………….. cl | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Anser du dig i alla avseenden vara fullt frisk?** | ❒ | ❒ |  |

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat ovan är fullt sanningsenliga.

………………………………………………………………………..

Datum Namnteckning