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 ................. cl  Vin …………… cl  Sprit ………….. cl | ❒ | ❒ |  |
|  |  |  |  |
| **Anser du dig i alla avseenden vara fullt frisk?** | ❒ | ❒ |  |

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

………………………………………………………………………..

Datum Namnteckning