Trafik- og Byggestyrelsen
Danish Transport and Construction Agency

Helbredsattest til brug ved undersøgelse af personer med sikkerhedsklassificerede funktioner

Alle spørgsmål skal besvares

Navn:		**CPR-nr.:**
Adresse:	**Postnr.:**	**By:**
Stillingsbetegnelse:	**Arbejdsgiver:**	

Sikkerhedsklassificeret funktion i henhold til helbredsbekendtgørelsen:
□ Fremføring af trækkraftenheder (tog □ rangertræk □ arbejdskøretøjer □ metro □)
□ Ansvar for arbejde i og ved spor, herunder opsyn med andre (SR-arbejdsledere, mv.)
□ Klargøring af tog (togklargørings- og rangerpersonale)
□ Sikkerhedsopgaver i tog (togfører, mv.)
□ Deltagelse i den sikkerhedsmæssige afvikling af toggangen (trafikstyringspersonale, mv.)

A-F udfyldes af ansøgeren inden fremmødet hos lægen
Uddybende oplysninger skal gives i punkt B

A: Har du nogensinde haft, eller er du blevet behandlet for	**Sæt x**	**Ja**	**Nej**
01) Øjensygdomme			
02) Døvhed eller øresygdom			
03) Hjertesygdom			
04) Forhøjet blodtryk			
05) Lungesygdom og allergi			
06) Mave-, tarm- eller leversygdom			
07) Sukkersyge			
08) Nyresten, blod i urinen			
09) Epilepsi			
10) Hovedskade / hjernerystelse			
11) Anfald med bevidsthedspåvirkning eller usikker gang			
12) Svimmelhed eller besvimelse			
13) Søvnforstyrrelse			
14) Nedsat hukommelse eller dømmekraft			
15) Psykiske sygdomme			
16) Andet			

B: Bemærkninger til punkt A – giv tillægsforklaring til spørgsmål besvaret med Ja

CPR-nr.: _____

	Sæt x	Ja	Nej
C: Tager du nogen form for medicin?			

D: Bemærkninger til punkt C – giv tillægsforklaring til spørgsmålet besvaret med Ja

Navn på medicin	Styrke / Dosis	Årsag

E: Angiv ugentligt forbrug af øl, vin & spiritus **Antal genstande _____ pr. uge**

	Sæt x	Ja	Nej
F: Tager du nogen form for euforiserende stoffer?			

Undertegnede bekræfter hermed, at oplysningerne i punkt A – F er korrekte

Sted og dato **Den ansattes / ansøgerens underskrift**

CPR-nr.: _____

I. Supplerende oplysninger givet af undersøgende læge. Alle spørgsmål skal besvares

Er der bemærkninger eller supplerende oplysninger til det, ansøger har anført under punkterne A-F	Sæt x	Ja	Nej

II. Objektiv undersøgelse

Højde: _____ cm Vægt: _____ kg

Blodtryk mmHg: / / /

Blodtryk målt i siddende stilling med passende manchet. Hvis BT er = med eller > 140/90 anføres yderligere 2 målinger

	Sæt x	Ja	Nej
Puls: _____ pr. minut Er pulsen regelmæssig?			

Findes der noget abnormt vedrørende:	Sæt x	Ja	Nej
1) Hjertestetoscopi			
2) Lungestetoscopi			
3) Abdomen (palpation)			
4) Ekstremiteter			
5) Kognitive egenskaber, psykomotoriske tempo og kommunikationsevne			

Abnorme fund beskrives nærmere herunder

Synsundersøgelse:

Synsstyrke: Højre øje _____ Venstre øje _____ Begge øjne _____

Skal undersøges med sædvanlig anvendt afstandskorrektion, Snellens tavle

	Sæt x	Ja	Nej
Blev der benyttet korrektion ved undersøgelsen?			

	Sæt x	Ja	Nej
Er synsfeltet for hånd normalt for højre øje?			
Er synsfeltet for hånd normalt for venstre øje?			

	Sæt x	Ja	Nej
Er elektrokardiogram (Ekg) i hvile vedlagt?			

Undersøgelsen skal foretages for personer, der fremfører trækkraftenheder (lokomotivførere, køremænd, ranger- og troljeførere, men ikke metrostewarder) ved første gangs undersøgelse, samt ved alle undersøgelser efter det fyldte 40. år

CPR-nr.: _____

II Objektiv undersøgelse (fortsat)

Hørelse. Undersøges på hvert øre for sig. Undersøgte har ryggen mod undersøgeren

	Sæt x	Ja	Nej
Høres talestemme på 4 meters afstand på højre øre?			
Høres talestemme på 4 meters afstand på venstre øre?			
Blev høreapparat benyttet ved undersøgelsen?			

Ved høreapparat, angiv side: Sæt x Højre øre _____ Venstre øre _____ Begge ører _____

Urinundersøgelse ved stix

	Sæt x	Pos	Neg
Protein			
Blod			
Glucose			

Uddybende oplysninger til urinundersøgelsen:

Urintest for psykotrope stoffer
- skal <u>kun</u> foretages ved 1. gangs undersøgelse

	Sæt x	Pos	Neg
Hash			
Extacy			
Kokain			

Uddybende oplysninger til urintesten:

	Sæt x	Ja	Nej
Eventuelt supplerende oplysninger, som lægen er i besiddelse af?			
Relevant materiale er vedlagt?			

	Sæt x	Ja	Nej
Skønnes der at være behov for at indhente yderligere oplysninger eller supplerende undersøgelser? Hvis Ja, angiv venligst hvilke			

Den udstedte attest sendes til Trafik- og Byggestyrelsen,
Edvard Thomsens Vej 14, 2300 København S

Lægens navn, adresse og tlf. nr. (maskinelt eller stempel)	**Undersøgelsens dato og lægens underskrift** **Dato** **Underskrift** **<u>Det skal tydeligt fremgå, hvilken læge der har udstedt attesten</u>**

03.13.51.02 (revideret 2011) Lægeforeningens Attestudvalg og Trafik- og Byggestyrelsen