

## Helbredsattest for jernbanepersonale

Helbredsattest til brug ved undersøgelse af personer, der udfører sikkerhedsklassificerede funktioner på jernbaneområdet

Stilling og arbejdsgiver skal oplyses som det, der søges helbredsgodkendelse til

Navn :	_____
Adresse :	_____
Postnr. og by :	_____
CPR-nr. :	_____
Stilling :	_____
Arbejdsgiver :	_____

A-F udfyldes af ansøgeren (inden fremmødet hos lægen). Alle spørgsmål skal besvares. Uddybende oplysninger skal gives i punkt B.

A : Har du nogensinde haft eller er 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>B : Bemærkninger til punkt A - giv tillægforklaring til spørgsmål besvaret med Ja</b>			

<b>C : Tager du nogen form for medicin?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>D : Bemærkninger til punkt C - giv tillægsforklaring til spørgsmålet besvaret med Ja</b>			
<b>Navn på medicin</b>	<b>Styrke</b>	<b>/</b>	<b>Dosis</b>
			<b>Årsag</b>
<b>E : Angiv ugentligt forbrug af øl, vin &amp; spiritus.                      Antal genstande _____ pr. uge.</b>			
<b>F : Tager du nogen form for euforiserende stoffer ?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>

**Undertegnede bekræfter hermed, at oplysningerne i punkt A - F er korrekte.**

\_\_\_\_\_  
Sted og dato

\_\_\_\_\_  
Den ansattes / ansøgerens underskrift

<b>I. Supplerende oplysninger givet af undersøgende læge</b>							
Er der bemærkninger eller supplerende oplysninger til det, ansøger har anført under punkterne A - F ?			<table border="1"> <tr> <th>Ja</th> <th>Nej</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ja	Nej		
Ja	Nej						
<b>II. Objektiv undersøgelse</b>							
Højde :	cm	Vægt:	kg				
Blodtryk mmHg : /							
<small>Blodtryk målt i siddende stilling med passende manchet. Hvis BT er = med eller &gt; 140/90 anføres yderligere 2 målinger.</small>							
Puls:	pr. minut	Er pulsen regelmæssig ?	<table border="1"> <tr> <th>Ja</th> <th>Nej</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ja	Nej		
Ja	Nej						
Findes der noget abnormt vedrørende			<table border="1"> <tr> <th>Ja</th> <th>Nej</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ja	Nej		
Ja	Nej						
1) Hjertestetoscopi							
2) Lungestetoscopi							
3) Abdomen (palpation)							
4) Ekstremiteter							
Abnorme fund beskrives nærmere herunder							
<b>Synsundersøgelse</b>							
Synsstyrke : Hø. øje		Ve. øje	Begge øjne				
<small>(Skal undersøges med sædvanlig anvendt afstandskorrektion, Snellens tavle)</small>							
Blev der benyttet korrektion ved undersøgelsen ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>				
Er synsfeltet normalt for:		Højre øje:	<table border="1"> <tr> <th>Ja</th> <th>Nej</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ja	Nej		
Ja	Nej						
		Venstre øje:	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				

**II. Objektiv undersøgelse (fortsat)****Hørelse. Undersøges på hvert øre for sig. Undersøgte har ryggen mod undersøgeren.**

		Ja	Nej
<b>Høres talestemme på 4 meters afstand ?</b>	<b>Højre øre</b>		
	<b>Venstre øre</b>		
<b>Blev høreapparat benyttet ?</b>			
<b>Ved høreapparat, angiv side: Højre      Venstre      Begge</b>			

		Pos	Neg
<b>Urinundersøgelse ved stix</b>	<b>Protein:</b>		
	<b>Blod:</b>		
	<b>Glucose:</b>		
<b>Uddybende oplysninger til urinundersøgelsen :</b>			

		Ja	Nej
<b>Eventuel supplerende oplysninger, som lægen er i besiddelse af?</b>			
	<b>Relevant materiale er vedlagt.</b>		

		Ja	Nej
<b>Skønnes der at være behov for at indhente yderligere oplysninger eller supplerende undersøgelser?</b>			
	<b>Hvis Ja, angiv venligst hvilke.</b>		

**Den udstedte attest sendes til Trafikstyrelsen, Gammel Mønt 4, 2. sal, 1117 København K.**

Lægens navn, adresse og tlf. nr. (maskinelt eller stempel)	Undersøgelsens dato og lægens underskrift
	<p>-----</p> <p>Dato                      Underskrift</p>

**Det skal tydeligt fremgå, hvilken læge der har udstedt attesten**