

## Frågeformulär inför läkarundersökning Rök- och kemdykning

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

### Sjukhistoria

Har du sökt vård p.g.a. sjukdom eller motsvarande enligt följande under det senaste året:

	JA	NEJ
Arbetskada eller tillbud		
Annan skada/olycksfall		
Vårdats på sjukhus		
Besvär från nacke, skuldror, axlar		
Besvär från bröst- eller ländrygg		
Besvär i höft eller knäled		
Andra besvär från skelett, muskler, leder		
Högt blodtryck		
Lågt blodtryck		
Svimmingstendens		
Lungsjukdom/astma		
Andra luftvägsbesvär/sjukdomar (ex. hosta, ökad slemproduktion)		
Huvudvärk		
Neurologisk sjukdom (förlamning, epilepsi, kronisk smärta)		
Hörselnedsättning eller andra besvär från hörsel/balanssinnet		
Synförsämring eller andra besvär från synsinnet		
Yrsel		
Psykiska besvär (speciellt cellskräck)		
Skallskada/medvetlöshet		
Obehag i samband med dykning eller flygning		
Eksem/hudbesvär		
Allergiska besvär		
Mag-/tarmsjukdom		

	JA	NEJ
Njur-/urinvägssjukdom		
Gynekologiska besvär		
Sökt läkare av annan orsak än ovan angivet		
Använder du glasögon eller linser?		
Röker du?		
Har du prövat narkotika?		
Använder du alkohol?		
Har du varit frånvarande från arbetet p.g.a. sjukdom under det senaste året? Om JA – ange hur många dagar:		
Använder du medicin regelbundet? Om JA – ange vilka mediciner du använder:		
Känner du dig fullt frisk?		

**Aktuell medicinering:**

Läkemedelsnamn, styrka och dos
--------------------------------

Jag försäkrar att jag sanningsenligt besvarat ovanstående frågor.

Namnteckning: \_\_\_\_\_

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