

Blanketten gäller för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter som undersöks enligt kraven i Kommissionens genomförandeförordning (EU) nr 2019/773 ("TSD Drift").

Närmare bestämmelser om vilka arbetsuppgifter som omfattas framgår av järnvägsföretagets respektive infrastrukturförvaltarens säkerhetsstyrningssystem.

Hälsodeklarationen (sidan 1-4) fylls i före besöket av den som ska undersökas, men undertecknas i läkarens närvaro.

Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅÅMMDD-XXXX)
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer bostad (även riktnummer)/mobiltelefonnummer		Telefonnummer arbete (även riktnummer)
Legitimering ☐ Körkort ☐ Annan ID-handling ☐ Personlig kännedom		

Anledning till läkarbesök

☐ Förstagångsundersökning inkl inledande psykologisk bedömning	☐ Periodisk undersökning	☐ Ytterligare medicinsk undersökning och/eller psykologisk bedömning
---	---	---

Har du tidigare haft eller har du nu någon av följande sjukdomar eller symptom?

Hjärtsjukdomar, högt blodtryck, symptomgivande lågt blodtryck eller kärlsjukdomar med risk för medvetandestörningar.	☐ Ja	☐ Nej
Diabetes som behandlas med läkemedel.	☐ Ja	☐ Nej
Epilepsi eller andra neurologiska tillstånd som kan leda till akuta medvetandestörningar.	☐ Ja	☐ Nej
Yrselsjukdomar.	☐ Ja	☐ Nej
Sömn- och vakenhetsstörning t.ex. narkolepsi eller sömnapné syndrom.	☐ Ja	☐ Nej
Psykiska störningar.	☐ Ja	☐ Nej
Demens eller andra kognitiva störningar som påverkar uppmärksamheten, koncentrationsförmågan eller minnet.	☐ Ja	☐ Nej
ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd.	☐ Ja	☐ Nej
Psykisk utvecklingsstörning.	☐ Ja	☐ Nej
Substansbrukssyndrom orsakat av alkohol, droger eller andra medel med liknande effekter.	☐ Ja	☐ Nej
Övriga sjukdomar som kan nedsätta vakenheten eller medföra ett försämrat omdöme.	☐ Ja	☐ Nej
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Syn

Har du märkt någon synrubbing såsom:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - när- eller långsynthet? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| - dubbelseende? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| - sämre mörkerseende? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| - annan synrubbing? | ☐ Ja | ☐ Nej |

Om svaret är ja, ange vilken:

Använder du glasögon? ☐ Ja ☐ Nej

Använder du kontaktlinser? ☐ Ja ☐ Nej

Är färgsinnet tidigare undersökt? ☐ Ja ☐ Nej

Om svaret är ja, var färgsinnet då normalt? ☐ Ja ☐ Nej

Har du behandlats för någon ögonsjukdom? Om svaret är ja, ange sjukdomen: ☐ Ja ☐ Nej

Läkarens kommentarer:

Hörsel

Har du svårt att höra:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - när flera pratar samtidigt? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| samtal i: | | |
| - telefon? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| - kommunikationsradio? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| - tyst miljö? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| - miljöer med störande bakgrundsljud? | ☐ Ja | ☐ Nej |

Använder du hörapparat? ☐ Ja ☐ Nej

Läkarens kommentarer:

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Övrigt

Har du sömnproblem? (t.ex. snarkningar/andningsuppehåll)	☐ Ja	☐ Nej
Om svaret är ja, ange på vilket sätt:		
Har du besvär med skiftgång eller nattarbete?	☐ Ja	☐ Nej
Om svaret är ja, ange på vilket sätt:		
Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?	☐ Ja	☐ Nej
Om svaret är ja, ange skadans art:		
Har du vid något tillfälle tagits ut tjänst i samband med olyckshändelse eller ett tillbud?	☐ Ja	☐ Nej
Om svaret är ja, ange när och varför:		
Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom eller funktionsnedsättning?	☐ Ja	☐ Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka:		
Använder du:		
- lugnande medel/sömnmedel?	☐ Ja	☐ Nej
- smärtstillande medel?	☐ Ja	☐ Nej
- annan medicin?	☐ Ja	☐ Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka mediciner:		
Har du sedan föregående regelbundna hälsoundersökning använt narkotika eller anabola steroider? Om svaret är ja, ange vad och när:	☐ Ja	☐ Nej
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (AAAA-MMDD-XXXX)

Alkoholvanor

Hur ofta dricker du alkohol?				
☐ Aldrig	☐ 1 gång/månad eller mer sällan	☐ 2-4 ggr/månad		
☐ 2-3 ggr/vecka	☐ 4 ggr/vecka eller mer			
Hur många "glas" dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?				
☐ 1-2	☐ 3-4	☐ 5-6	☐ 7-9	☐ 10 eller fler
Exempel: med ett "glas" menas:				
				
45 cl folköl	33 cl starköl	1 glas rött el. vitt vin	1 litet glas starkvin	4 cl sprit t.ex. whisky

Har du sedan föregående periodiska hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom?	☐ Ja	☐ Nej
Har du sedan föregående undersökning varit sjukskriven mer än 4 veckor eller haft upprepade korta sjukfall? (6 eller flera under en tolv månaders period.)	☐ Ja	☐ Nej
Anser du dig för närvarande vara fullt frisk?	☐ Ja	☐ Nej
Läkarens kommentarer:		

Underskrift

Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Denna sida ska fyllas i av undersökande sköterska/läkare

Datum	Sköterska/läkare
-------	------------------

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Längd (cm)	Vikt (kg)	Blodtryck mmHg	Blodsocker (mmol/l)
------------	-----------	----------------	---------------------

Hörsel

Hörbarhet i dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz
Höger öra			
Vänster öra			

Vid klinisk indikation

PEth	CDT %
------	-------

Drogtest

☐ u.a.	☐ pos.	☐ ej utförd
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Övriga prover

--

Syn

Synskärpa	okorrigerat	korrigerat	sfärisk korr	cylinder korr*
Höger öga				
Vänster öga				
Binokulärt				

*Uppgift om cylinderkorrektur behövs för att kunna få besked om korrektion i den mest brytande meridianen

Seende på när- och mellanavstånd (med eller utan korrektion)	☐ tillräckligt	☐ otillr.
--	---------------------------------------	----------------------------------

Synfält enligt Donders		
Höger öga	☐ u.a.	☐ defekt
Vänster öga	☐ u.a.	☐ defekt

Färgsinne	☐ u.a.	☐ defekt
-----------	-------------------------------	---------------------------------

Föreligger det eller finns det misstanke om:

- hjärt- och kärlsjukdom	☐ Ja	☐ Nej
- diabetes	☐ Ja	☐ Nej
- sömn- eller vakenhetsstörning	☐ Ja	☐ Nej
- substansbrukssyndrom orsakat av alkohol, narkotika eller andra medel med liknande effekter	☐ Ja	☐ Nej
- neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	☐ Ja	☐ Nej
- epilepsi eller annat neurologiskt tillstånd	☐ Ja	☐ Nej

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

- demens eller annan kognitiv störning	☐ Ja	☐ Nej
- psykisk sjukdom eller störning	☐ Ja	☐ Nej
- påverkan på rörelseorganens funktioner	☐ Ja	☐ Nej
- påverkan på hörselfunktionen	☐ Ja	☐ Nej
- påverkan på synfunktionen	☐ Ja	☐ Nej
- annat	☐ Ja	☐ Nej

Läkarens kommentarer:

Underskrift av läkare

Datum	Namnförtydligande	
Läkarens underskrift		
Adress		Telefonnummer

Blanketten ska normalt behållas vid undersökande mottagning.