

Blanketten gäller för dig som utför en eller flera av följande arbetsuppgifter: förare av tåg, förare vid spårfärd eller förare vid växling i huvudspår enligt Transportstyrelsens föreskrifter om hälsokrav m.m. för lokförare (TSFS 2011:61, ändrade genom TSFS 2013:52). Hälsodeklarationen (sidan 1-4) fylls i före besöket av den som ska undersökas, men undertecknas i läkarens närvaro.

Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer bostad (även riktnummer)/mobiltelefonnummer		Telefonnummer arbete (även riktnummer)
Legitimering <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Annan ID-handling <input type="checkbox"/> Personlig kännedom		

Undersökningens omfattning och anledning

<input type="checkbox"/> Inledande undersökning	<input type="checkbox"/> Regelbunden hälsokontroll
<input type="checkbox"/> Bedömning efter frånvaro	<input type="checkbox"/> Annan orsak:

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

Hjärtsjukdom, högt blodtryck, symptomgivande lågt blodtryck eller kärlsjukdomar med risk för medvetandestörningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diabetessjukdom som behandlas med läkemedel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Epilepsi och andra neurologiska sjukdomar och tillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Yrselsjukdomar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sömn- och vakenhetsstörningar, t.ex. sömnapné syndrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Demenssjukdomar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kognitiva funktionsnedsättningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykiska sjukdomar och störningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykisk utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Missbruks- och beroendetillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Syn

Har du märkt någon synrubbing såsom:		
- när- eller översynthet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- dubbelseende?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- sämre mörkerseende?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- problem med att uppfatta skillnad mellan ljusare och mörkare närliggande ytor (kontrastseende)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- annan synrubbing?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- bländningskänslighet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du glasögon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du kontaktlinser?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är dina kontaktlinser färgade eller fotokromatiska (ändrar ton utifrån dagsljuset)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är färgsinnet tidigare undersökt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, var färgsinnet då normalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du genomgått någon ögonoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du behandlats för någon ögonsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange sjukdomen:		
Läkarens kommentarer:		

Hörsel

Har du svårt att höra:		
- när flera pratar samtidigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
samtal i:		
- telefon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- kommunikationsradio?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- tyst miljö?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- miljöer med störande bakgrundsljud?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du hörapparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du hörselskydd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Övrigt

Har du sömn- och trötthetsproblem? (t.ex. snarkningar/andningsuppehåll)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange på vilket sätt:		
Har du besvär med skiftgång eller nattarbete?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange på vilket sätt:		
Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange skadans art:		
Har du vid något tillfälle tagits ut tjänst i samband med olyckshändelse eller ett tillbud?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange när och varför:		
Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom eller funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka:		
Använder du:		
- lugnande medel/sömnmedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- smärtstillande medel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- annan medicin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka mediciner:		
Har du under de senaste fem åren använt narkotika eller anabola steroider?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vad och när:		
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅMMDD-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. whiskey

Har du sedan föregående regelbundna hälsokontroll vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom? Ja Nej

Har du sedan föregående hälsokontroll 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 (AÅMMDD-XXXX)

Längd (cm)	Vikt (kg)	Blodtryck mm/Hg	Blodsocker (mmol/l)
Elektrokardiogram (EKG) i vila			

Hörsel

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

I förekommande fall

PEth (µmol/l)	CDT %
---------------	-------

Drogtest

Vid inledande undersökning och efter klinisk indikering vid regelbunden hälsokontroll. Urinprover ska analyseras vid laboratorium ackrediterat för aktuell analysmetod.

 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

Synfält enligt Donders

Höger öga	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt
Vänster öga	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt

Färgsinne	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt
-----------	-------------------------------	---------------------------------

Föreligger det eller finns det misstanke om:

- hjärtsjukdom, högt blodtryck, symptomgivande lågt blodtryck eller kärlsjukdomar med risk för medvetandestörningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- diabetessjukdom som behandlas med läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- epilepsi och andra neurologiska sjukdomar eller tillstånd, kramper, svimningar eller andra rubbningar av medvetandet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- yrselsjukdomar t.ex. Ménières sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- sömn- och vakenhetsstörningar t.ex. sömnapné syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- demenssjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

- kognitiva funktionsnedsättningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- psykiska sjukdomar och störningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- psykisk utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- missbruks- eller beroendetillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- ögonsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- nedsatt ögonrörlighet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- nystagmus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- öronsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- nedsatt huvudrörlighet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- tecken till sjukdom i nervsystemet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- tecken till sjukdom i rörelseorganen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

Underskrift av läkare med särskilt tillstånd utfärdat av Transportstyrelsen

Datum	Namnförtydligande	
Läkarens underskrift		
Adress	Telefonnummer	

Upplýsingar

Blanketten ska normalt behållas vid undersökande mottagning.