

**Uppgifter om sjömannen**

Namn		Personnummer (AÅMMDD-XXXX)
Nationalitet	Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	
Telefonnummer	E-postadress	

**Legitimering**

<input type="checkbox"/> Körkort	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Annan ID handling	<input type="checkbox"/> Känd
Adress			
Postnummer	Ort	Land	
Personen har fyllt 20 år <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Den undersöktes identitet har kontrollerats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sjömannen har godkänt digital lagring. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sjömannens signatur

**Uppgifter om avsett fartområde och befattning ombord**

Intyget avser fartområde	<input type="checkbox"/> Inre fart	<input type="checkbox"/> Begränsad fart	<input type="checkbox"/> Obegränsad fart
<input type="checkbox"/> Fiskefartyg, under 24 m eller som är till sjöss mindre än 3 dygn	<input type="checkbox"/> Övriga Fiskefartyg		

**Tänkt befattning ombord, grupp**

<input type="checkbox"/> Grupp 1, Däck, ingår i säkerhetsbesättning	<input type="checkbox"/> Grupp 2a, Däck, ingår ej i säkerhetsbesättning		
<input type="checkbox"/> Grupp 2b, Maskin	<input type="checkbox"/> Grupp 3, Intendentur		
<input type="checkbox"/> Grupp 4, Radiotelefonipersonal	Är sjömannen nybörjare inom angiven grupp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**Har du eller har du haft:**

	Ja	Nej	Kommentar
Långvarig infektionssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ämnesomsättnings-sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärt-kärlsjukdom, även högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luftvägs- eller lungsjukdom, även astma, allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fortsättning sid 2

**Har du eller har du haft:**

	Ja	Nej	Kommentar
Hudsjukdom, även eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mag- tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykiska besvär, även alkoholism, narkomani, nervösa besvär, ätstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koncentrations- eller aktivitetsstörning (t.ex. ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukdom i rörelseorganen t ex skelett, leder, muskler, senor, diskbråck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medfödd missbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinvägs- eller njursjukdom, även prostatasjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologisk sjukdom, även MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommentar och datum för senaste anfall
Allvarlig skall- eller hjärnskada med mer än 30 min. medvetslöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Har du eller har du haft följande sjukdomar/tillstånd?**

	Ja	Nej	Kommentar
Ögon- eller öronsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumörsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan långvarig eller allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kroppsskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Skydd mot tuberkulos**

	Ja	Nej	Kommentar
Har du tuberkulinprovats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du lungröntgats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är du vaccinerad mot tbc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Övriga frågor**

	Ja	Nej	Kommentar
Tar du regelbundet någon medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anser du dig vara helt arbetsför	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du tidigare genomgått undersökning för att få läkarintyg för sjöfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt**

Datum	Namnförtydligande
Sjömannens namnteckning	

**Informationen nedan ska fyllas i av undersökande läkare**

Finns det någon indikation på dubbelseende, såsom dubbelseende definieras i avsnitt A-I/9 i STCW-konventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det någon indikation på nattblindhet, såsom nattblindhet definieras i avsnitt A-I/9 i STCW-konventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppfyller sjömannen synfältskraven i enlighet med avsnitt A-I/9 i STCW-konventionen samt TSFS 2011:117?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höger öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppfyller sjömannen kraven på färgsinne i enlighet med avsnitt A-I/9 i STCW-konventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum för senaste färgsinne-test	Datum	

Synskärpa	Utan korrektionsglas			Med korrektionsglas		
	Höger öga	Vänster öga	Binokulärt	Höger öga	Vänster öga	Binokulärt
Avstånd						
Nära						

Hearing	Normal konversationsstämma				Normal viskstämma			
	Höger		Vänster		Höger		Vänster	
1 meter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2 meter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4 meter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Tonaudiometri (dB)						
Frekvens	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz
Höger öra	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vänster öra	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vikt, kg	Längd, cm	BMI	Blodtryck
----------	-----------	-----	-----------