



Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

Skjema for vurdering av medisinsk skikkethet

Forskrift av 5. juni 2014 nr. 805

om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger (helseforskriften)

Bare til bruk for sjømannslege. Skal oppbevares hos legen i henhold til enhver tid gjeldende regler om oppbevaring av medisinske opplysninger i vedkommende land

A. PERSONALIA

Følgende dokumenter er godkjent som ID-dokument: Pass, sjøfartsbok eller førerkort		Type ID-dokument:		ID-dokumentnr:	
Fødsels- og personnummer:		Mann:	<input type="checkbox"/>	Kvinne:	<input type="checkbox"/>
Etternavn:					
For- og mellomnavn:					
Bostedsadresse:					
Nasjonalitet:					

B. TJENESTE OM BORD

Stilling om bord:					
Brovaktfunksjon?	Ja:	<input type="checkbox"/>	Nei:	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilken:
Sikkerhetsfunksjon?	Ja:	<input type="checkbox"/>	Nei:	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilken:

C. TYPE SKIP

Tørrlast skip (bulk, container etc.):	<input type="checkbox"/>	Passasjerskip (ferge, cruise etc.):	<input type="checkbox"/>
Tankskip (olje, gass, kjemikalie):	<input type="checkbox"/>	Hurtiggående fartøy:	<input type="checkbox"/>
Fiske- og fangstfartøy:	<input type="checkbox"/>	Supplyskip:	<input type="checkbox"/>
Annen type skip:	<input type="checkbox"/>	Hvilken type:	

D. FARTSOMRÅDE

--



Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

E. EGENERKLÆRING

Har du noen gang hatt en eller flere av de følgende tilstandene?

Nr.	Tilstand	Ja:	Nei:
1.	Øye-/synsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hjerte-kar sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hjerte-kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Åreknuter/hemorroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Astma/bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Blodsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Stoffskifteproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Fordøyelsesproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Nyreproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hudproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Allergier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Infeksiøs/smittsom sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Brokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sykdom i kjønnsorganene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Søvnvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Røyking av tobakk, overforbruk/misbruk av alkohol eller stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Kirurgiske inngrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Svimmelhet/besvimelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Tap av bevissthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Psykiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Forsøk på selvmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Hukommelsestap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Balansevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Alvorlig hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Problemer i øre-nese-halsområdet (inklusive øresus, hørselsproblemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Bevegelsesvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Rygg- eller ledd-problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Amputasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Brudd eller ledd ute av stilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du svarte ja på et eller flere av spørsmålene – beskriv nærmere her:



Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

Nr	Tilleggsspørsmål	Ja:	Nei:
35.	Har du noen gang blitt avmønstret eller repatriert på grunn av sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Har du noen gang vært innlagt på sykehus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Har du noen gang blitt erklært udyktig for arbeid på skip?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Har du noen gang fått en begrenset helseerklæring eller helseerklæringen trukket tilbake?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Vet du om at du har noen medisinsk tilstand, sykdom eller plage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Kjenner du deg frisk og i stand til å utføre arbeidet i den tiltenkte stillingen/yrket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Har du noen allergier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Nr	Medisinering	Ja:	Nei:
42.	Bruker du noen reseptfrie eller reseptpliktige medisiner fast eller regelmessig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, opplys hvilke medisiner du tar, hvorfor og i hvilke doser du tar dem:

Jeg erklærer herved at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg er klar over at jeg ikke har krav på lønn fra rederiet dersom jeg svikaktig har fortiet skade eller sykdom ved ansettelse, eller pådrar meg skaden eller sykdommen forsettlig etter ansettelsen, jf. lov 21. juni 2013 nr. 102 om stillingsvern mv. for arbeidstakere på skip (skipsarbeidsloven) § 4-4 tredje ledd. Fortielse av skade eller sykdom vil være svikaktig dersom det dreier seg om helsekrav som skal være oppfylt etter lov 16. februar 2007 nr. 9 om skipssikkerhet (skipssikkerhetsloven) § 17.

Sted:	Dato:	Arbeidstakerens signatur:
Bevitnet av:	Vitnets signatur og navn med blokkbokstaver:	

F. SAMTYKKE TIL Å INNHENTE MEDISINSK INFORMASJON

Jeg samtykker i at relevante opplysninger om tidligere sykdommer fra trygdekontor, lege, sykehus, annen helseinstitusjon, og eventuell offentlig myndighet kan innhentes av godkjent sjømannslege, _____, til bruk for sjømannslegens vurdering og evt. for klageinstansen etter helseforskriften.

Sted:	Dato:	Arbeidstakerens signatur:
Bevitnet av:	Vitnes signatur og navn med blokkbokstaver:	