

Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2019:3

Beställningsdatum

| | |
|---|---|
| Arbetstagarens namn | Adress dit kallelsen för den medicinska kontrollen ska skickas |
| Arbetstagarens personnummer eller motsvarande | |
| Arbetsgivarens adress dit resultat från den medicinska kontrollen och eventuellt tjänstbarhetsintyg ska skickas | Arbetsgivarens faktureringsadress |

Medicinsk kontroll beställs till följd av

| | | | |
|---|---|---|---|
| Arbete med vibrerande verktyg eller maskiner enligt 23 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 1. <input type="checkbox"/> | Handintensivt arbete enligt 26 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 2. <input type="checkbox"/> | Nattarbete enligt 29 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 3. <input type="checkbox"/> | Arbete med allergiframkallande kemiska produkter enligt 32 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 4. <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|

Medicinsk kontroll och bedömning för tjänstbarhetsintyg beställs till följd av

| | | |
|---|---|--|
| Arbete med allergiframkallande kemiska produkter enligt 36 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 5. <input type="checkbox"/> | Arbete med bly enligt 44 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 7. <input type="checkbox"/> | Arbete med klättring med stor nivåskillnad enligt 71 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 10. <input type="checkbox"/> |
| Arbete med fibrosframkallande damm enligt 39-41 §§. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 6. <input type="checkbox"/> | Arbete med kadmium enligt 54 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 8. <input type="checkbox"/> | Arbete med rök- och kemdykning enligt 74 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 11. <input type="checkbox"/> |
| asbest <input type="checkbox"/> | Arbete med kvicksilver enligt 63 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 9. <input type="checkbox"/> | Dykeriarbete enligt 77 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 12. <input type="checkbox"/> |
| vissa syntetiska oorganiska fibrer <input type="checkbox"/> | | |
| kvarts <input type="checkbox"/> | | |

Individuell riskbedömning för arbetstagaren

- I beställningen ingår att **arbetstagaren** ska
- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen
 - få rådgivning när detta behövs
 - få en kopia på tjänstbarhetsintyget, när ett sådant har skrivits.

- I beställningen ingår att **arbetsgivaren** ska
- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen så långt som arbetstagarens samtycke medger
 - få förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön
 - få en kopia på tjänstbarhetsintyget, när ett sådant har skrivits.

Beställarens namnteckning

Namnförtydligande

Svar från den medicinska kontrollen

Observera att arbetstagaren måste ge sitt samtycke för att medicinska uppgifter ska kunna lämnas till arbetsgivaren.

Kommentarer från den medicinska kontrollen.

Förslag på åtgärder som kan bidra till en bättre arbetsmiljö.

Den medicinska kontrollen, har utförts i enlighet med - och kompetensen hos utföraren överensstämmer med - AFS 2019:3

| | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Datum (år, månad, dag) | Utförarens namnteckning |
| Namnförtydligande | |
| Befattning/specialistkompetens | |
| Vårdenhetens namn, adress och telefon | |

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i svaret