

Attestering af undersøgelseUndersøgtes sædvanlige læge? ja nej

(Dato)

(Lægens underskrift og stempel)

Undersøgelseskemaet indsendes i lukket konvolut til:

Regning udstedes til Ericsson A/S
og **SKAL** sendes til:**CRECEA A/S
Bedriftslæge Jens Brandt
Kongsvang Allé 25
8000 Århus C****Telefon 7010 8600****Att: Linda Lykke
Ericsson Danmark A/S
Arne Jacobsens alle 17
2300 København S****Forbeholdt bedriftslægen**

Ny undersøgelse

Helbredsundersøgelse af Ericsson Danmark A/S medarbejdere der arbejder i master og antenner.

| | | | |
|--|------------------|------------|--|
| Medarbejder (udfyldes af medarbejder) | | | |
| Stilling | | | |
| Navn | | | |
| Personnummer | | | |
| Adresse | | | |
| Postnummer | By | | |
| Arbejdssted | Ansvarsområdenr. | Telefonnr. | |

| | |
|--|--|
| Oplysninger til undersøgende læge | |
| <p>Af hensyn til sikkerheden ved arbejde i høje master og antenner skal medarbejderen hos Ericsson Danmark A/S gennemgå regelmæssige helbredsundersøgelser. Ud fra medarbejderens egne oplysninger og lægens undersøgelser, vurderer bedriftslægen, hvorvidt medarbejderen findes egnet til maste- og antennearbejde.</p> <p>Denne egnethedserklæring skal fornyes hvert andet år, dog hvert år, når medarbejderen er over 50 år.</p> <p>Erklæres medarbejderen midlertidig eller permanent uegnet til antenne- og mastearbejde, skal medarbejderen selv (jf. Helbredsoplysningslovens § 11) videregive denne oplysning til Ericsson Danmark A/S som arbejdsgiver.</p> <p>Ericsson Danmark A/S har Arbejdstilsynets tilladelse til at gennemføre helbredsundersøgelsen (jf Helbredslovens §3)</p> <p>Attesten er aftalt mellem Lægeforeningen og Ericsson Danmark A/S</p> <p>Attesten faktureres efter overenskomst med Lægeforeningen. Faktureringsadressen er:</p> <p style="text-align: center;">Att: Linda Lykke Ericsson Danmark A/S Arne Jacobsens alle 17 2300 København S</p> | |

Udfyldes af medarbejder

Her oplyser du om alle sygdomme, som kan have betydning for dit arbejde i højden i master og antenner. Lider du af sygdomme, som du er i tvivl om kunne udgøre en risiko for dig, kan du anføre det i tekstfeltet og bedriftslægen vil så kontakte dig.

Lider du af, eller har du lidt af:

| | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|
| Svimmelhed, søsyge, transportsyge | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Højt blodtryk | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Besvimelser | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Lungesygdomme (astma, bronchitis e.l.) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Epilepsi eller kramper | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Sukkersyge | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nervesygdomme lammelser eller kraftnedsættelse i muskler | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Rygsygdom som kan gøre det besværligt at klatre i master (discusprolaps e.l.) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Højdeskræk, der kan have indflydelse på mastearbejde | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Knogle- eller ledsygdomme, som gør det besværligt at klatre i master | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Øresygdom med svimmelhedsanfald | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Anvender du briller? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Øjensygdomme med indskrænket syn | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Anvender du høreapparat? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hjertesygdomme (tidligere blodprop i hjertet, rytmeforstyrrelser e.l.) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Har en læge fortalt dig, at du pga. din helbredstilstand ikke kan arbejde i højden? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Eventuelt supplerende bemærkninger

Dagligt medicinforbrug (i givet fald hvilken typer)

Dagligt alkoholforbrug (hvor meget)

Underskrift og informeret samtykke

Jeg erklærer herved, at de afgivne oplysninger efter min bedste overbevisning er i overensstemmelse med sandheden. Jeg erklærer mig indforstået med, at CRECEAs læger indhenter de oplysninger vedr. min helbredstilstand, der skønnes nødvendige for vurderingen af min egnethed til arbejde i master og antenner.

Jeg er i henhold til lov om brug af helbredsoplysninger på arbejdsmarkedet orienteret om at:

- Undersøgelsen formål er at overvåge og forebygge skadelige effekter, der kan udgøre en risiko for mig og mine kolleger
- Undersøgelsen kan medføre at jeg midlertidigt, eller permanent kan fritages for arbejde i master og antenner

Undersøgtes underskrift

(Dato)

(Underskrift)

