

Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2019:3

Beställningsdatum:

Arbetstagarens namn:

Arbetstagarens personnummer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Mottagande enhet hos Hälsan & Arbetslivet:

Kontaktuppgifter dit resultat från den medicinska kontrollen och eventuellt tjänstbarhetsintyg ska skickas:

Namn:

Mobiltelefon:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Adress:

E-postadress:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Medicinsk kontroll beställs till följd av:

Arbete med **vibrerande verktyg eller maskiner** enligt 23 §

Handintensivt arbete enligt 26 §

Nattarbete enligt 29 §

Arbete med **allergiframkallande kemiska produkter** enligt 32 §

Medicinsk kontroll och bedömning för tjänstbarhetsintyg beställs till följd av:

Arbete med **allergiframkallande kemiska produkter** enligt 36 §

Arbete med **fibrosframkallande damm** enligt 39-41 §

Asbest

Vissa syntetiska fibrer

Kvarts

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: