

Afsnit A og B udfyldes af den undersøgte

Kun for personer på 16 år og derover

A	Efternavn	Fornavn	Personnummer	M/K
	Stilling		Statsborgerskab	
	Bopæl: gade, nr.	Postnr. og by	Land	

B	EGEN ERKLÆRING	Nej	Ja	Hvornår (år)	EGEN ERKLÆRING - fortsat	Nej	Ja	Hvornår (år)
	Har De tidligere sejlet med danske skibe				Øjenlidelser			
	Har De tidligere gennemgået lægeundersøgelse for søfarende				Dårlig ryg, herunder lumbago og isklas			
	Er De ved en tidligere lægeundersøgelse erklæret for uegnet til skibstjeneste eller egnet med begrænsninger				Epilepsi eller andre krampetilfælde			
	Har De været indlagt på hospital				Psykiske lidelser for hvilke De er lægebehandlet			
	Har De inden for de sidste 2 år haft sammenhængende sygeperioder på mere end 30 dage				Alkohol- og narkotikamisbrug for hvilket De er blevet behandlet			
	Har De vanskeligheder ved orientering i nedsat belysning				Overfølsomhed, herunder astma			
	Har De eller har De haft følgende sygdomme				Eksem			
	Lungesygdomme, herunder lunge-tuberkulose				Alvorlige skader, som har efterladt varige mén			
	Mave- og tarmsygdomme, herunder mavesår				Bruger De medicin regelmæssig			
	Hjerte og kredsløbslidelser				Jeg giver hermed mit samtykke til, at oplysninger om tidligere sygdomme kan indhentes fra læger, hospitaler, andre behandlingsinstitutioner og offentlige myndigheder.			
	Nyre- og blæresygdomme				Dato			
	Sukkersyge				Den søfarendes underskrift			
	Ørelidelser							

Afsnit C udfyldes af lægen

Undersøgelsen må i Danmark kun foretages af de særlige autoriserede søfartslæger	C Lægens undersøgelse											
	Er den undersøgte kendt af Dem og benytter Dem som læge?					<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
	Den undersøgte er mig ubekendt, men har over for mig godtgjort sin identitet ved forevisning af					<input type="checkbox"/> Dansk søfartsbog <input type="checkbox"/> Førerbevis <input type="checkbox"/> Pas						
	Højde (cm)			BMI		Undersøgelse af syn og hørelse						
	Vægt (kg)					Farvesans (Ishihara) Farveblind <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
	Urin.	Alb.		Hjerte		Synsfelt Normalt .. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
		Sach:		Lunger		Synsstyrke (se V 4.)		uden korrektion	med sædvanlig benyttet korrektion			
	Blodtryk		Abdomen		Højre øje							
	Tænder		Hud		Venstre øje							
	Øjne		Ekstremiteter		Begge øjne sammen							
	Mundhule		Brok		Hørelsen (se V 1.)		Sædv. talestemme	Sædv. talestemme på 4 m afstand		Otoscopi		
	Reflekser		Rygsgøjle		Uden høreapparat				Højre øre			
	Evt. bemærkninger				Med høreapparat				Venstre øre			
					Resultat <input type="checkbox"/> Skikket til udkig <input type="checkbox"/> Ej udkig <input type="checkbox"/> Ej udkig og maskintjeneste							
					Er den undersøgte efter Deres skøn egnet til skibstjeneste?							
Hvis »nej« anføres grunden												
Hvis egnethed i øvrigt er betinget anføres begrænsningerne i henseende til												
a) tid			b) arbejdsområde			c) fartsområde						
Dato, lægens stempel og underskrift Sundhedsbevis udstedt/påtegnet (Det ikke foretagne overstreges)												
Ved lægeundersøgelse i Danmark indsender søfartslægen attestten til Søfartsstyrelsen, der derefter anviser lægen det fastsatte honorar.												