

Utfärdande läkare/Issuing doctor		Hälsodeklaration Declaration of Health	(TSFS 2009:3) Version 2009-01-29 :2
Befattn. / Position			
Specialitet / Speciality		Personnummer/Personal ID number	
Förskrivarkod/License number		Namn/Name	
Telefon		<input type="checkbox"/> Sign _____ Jag godkänner elektronisk lagring I approve of digital storage	
Webb			
E-mail			
Intyget avser fartområde/Intended trade area		Identitet styrkt med / Identity verified by	
<input checked="" type="radio"/> Obegränsad fart / Unrestricted trade <input type="radio"/> Begränsad fart / Restricted trade <input type="radio"/> Inre fart/fiskare / Sheltered trade/fishermen		<input checked="" type="radio"/> Legitimation / ID card <input type="radio"/> Känd / Known	
Är sjömannen nybörjare inom gruppen enl. vidstående / Is the seaman beginner in service in the group listed to the right		Tänkt befattning ombord (grupp) / Intended position on board (group)	
<input type="radio"/> Nej / No <input type="radio"/> Ja / Yes		<input checked="" type="radio"/> Däck, säkerhetsbesättning / Deck, safe manning <input type="radio"/> Maskin/Engine <input type="radio"/> Däck, ej säkerhetsbesättning / Deck, not safe manning <input type="radio"/> Intendentur och övriga / Others	

Hälsodeklaration/Declaration of Health

Krävs endast för Obegränsad eller Begränsad fart/Mandatory only for Unrestricted trade or Restricted trade

Har du eller har du haft:/Are you suffering from or have you suffered from:

 Om Ja: Förtydliga
If Yes: Specify

Långvarig infektionssjukdom Chronic infectious disease	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Ämnesomsättningssjukdom Metabolic disorders	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Diabetes	<input type="radio"/> Typ 1	<input type="radio"/> Typ 2	
Hjärt-kärlsjukdom, även högt blodtryck Cardiovascular disease, including hypertension	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Luftvägs- eller lungsjukdom, även astma, allergi Respiratory or lung disease, including asthma, allergies	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Hudsjukdom, även eksem Dermatitis, including eczema	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Mag-tarmsjukdom Gastrointestinal disorder	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Psykiska besvär, även alkoholism, narkomani, nervösa besvär, ätstörningar Psychological problems, including alcoholism, drug abuse, nervous disorders, eating disorder	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Sjukdom i rörelseorganen t ex skelett, leder, muskler, senor, diskbråck Illness in muscular/skeletal system e.g. skeleton, joints, muscles, tendons	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Medfödd missbildning Congenital disorder	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Urinvägs- eller njursjukdom, även prostatasjukdom Urinary tract- or kidney disease, including diseases of the prostate	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Blodsjukdom Blood disease	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Neurologisk sjukdom, även MS Neurological disorder, including multiple sclerosis	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	
Om epilepsi: Datum för senaste anfall If epilepsy: Latest seizure, when			
Allvarlig skall- eller hjärnskada med mer än 30 min. medvetslöshet Serious cranium- or brain injury with more than 30 min. of unconsciousness	<input type="radio"/> Nej / No	<input type="radio"/> Ja / Yes	

**Jag försäkrar på heder och samvete att ovanstående uppgifter, såvitt jag vet, är sanningsenliga.
I solemnly declare the above particulars to be, to my knowledge, fully in accordance with the truth.**

Ort och datum/Place, date

Sjömannens namnteckning/Signature of seaman

Utfärdande läkare/Issuing doctor		Hälsodeklaration Declaration of Health	(TSFS 2009:3) Version 2009-01-29 :2
Befattn. Position	Specialitet Speciality		
Förskrivarkod/License number		Personnummer/Personal ID number	
Telefon		Namn/Name	
Webb			
E-mail			
Intyget avser fartområde/Intended trade area		Identitet styrkt med Identity verified by	<input type="checkbox"/> Sign _____
<input type="radio"/> Obegränsad fart Unrestricted trade <input type="radio"/> Begränsad fart Restricted trade <input type="radio"/> Inre fart/fiskare Sheltered trade/fishermen		<input type="radio"/> Legitimation ID card <input type="radio"/> Känd Known	Jag godkänner elektronisk lagring I approve of digital storage
Är sjömannen nybörjare inom gruppen enl. vidstående Is the seaman beginner in service in the group listed to the right		Tänkt befattning ombord (grupp) Intended position on board (group)	
<input type="radio"/> Nej No <input type="radio"/> Ja Yes		<input type="radio"/> Däck, säkerhetsbesättning Deck, safe manning <input type="radio"/> Maskin/Engine	<input type="radio"/> Däck, ej säkerhetsbesättning Deck, not safe manning <input type="radio"/> Intendentur och övriga Others

Hälsodeklaration (fortsättning)/Declaration of Health (continued)

Krävs endast för Obegränsad eller Begränsad fart/Mandatory only for Unrestricted trade or Restricted trade

Har du eller har du haft: /Are you suffering from or have you suffered from:		Om Ja: Förtydliga If Yes: Specify	
Ögon- eller öronsjukdom Eye or ear disease	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	
Tumörsjukdom Tumours	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	
Annan långvarig eller allvarlig sjukdom Other chronic or serious illness	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	
Kroppsskada Injuries	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	
Skydd mot tuberkulos/Protection against tuberculosis		Om Ja: När /If Yes: When	
Har du tuberkulinprovats Have you been tested for tuberculosis	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Vet ej Don't know	<input type="radio"/> Ja Yes
Har du lungröntgats Have you been chest x-rayed	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Vet ej Don't know	<input type="radio"/> Ja Yes
Är du vaccinerad mot tbc Have you been vaccinated against tuberculosis	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Vet ej Don't know	<input type="radio"/> Ja Yes
Tar du regelbundet någon medicin Do you regularly use any medicine	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	
Anser du dig vara helt arbetsför Do you consider yourself to be completely fit for service	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	
Har du tidigare genomgått undersökning för att få läkarintyg för sjöfolk Have you ever previously been examined with the intention of obtaining a medical certificate for seafarers.	<input type="radio"/> Nej No	<input type="radio"/> Ja Yes	Om Ja: När senast If Yes: When latest

Jag försäkrar på heder och samvete att ovanstående uppgifter, såvitt jag vet, är sanningsenliga.
I solemnly declare the above particulars to be, to my knowledge, fully in accordance with the truth.

Ort och datum/Place, date

Sjömannens namnteckning/Signature of seaman

Nedanstående uppgifter ifylles av läkaren/The following fields to be filled in by the doctor

Vikt (kg)/Weight (kg)	Längd (cm)/Height (cm)	Blodtryck/Blood pressure
-----------------------	------------------------	--------------------------