

Egenerklæring for personer i petroleumsvirksomheten til havs

Self declaration for persons working in petroleum activities offshore

Etternavn <i>Surname</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Alle fornavn <i>First name(s)</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Fødselsdato <i>Date of birth</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adresse <i>Address</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		Nasjonalitet <i>Nationality</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefon <i>Mobile</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Arbeidsgiver <i>Employer</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>					
Arbeids- og beredskapsoppgaver <i>Work and emergency duties</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/>					

Har du hatt følgende tilstander? (kryss av for svaret, og hvis ja, fra hvilket år) <i>Have you had the following conditions? (make a check mark, and if yes, from which year)</i>	Nei/ <i>No</i>	Ja/ <i>Yes</i>	Årstall <i>Year</i>
Behov for briller og/eller kontaktlinser / <i>Dependent on glasses and/or contact lenses</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Nedsatt synsfelt/blindhet / <i>Limited field of vision/blindness</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Nedsatt hørsel / <i>Impaired hearing</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Brystsmerter, hjerteinfarkt, stent eller bypass / <i>Chest pain, heart attack, stent or bypass surgery</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Uregelmessig puls, hjerteflimmer / <i>Irregular heart rate, atrial fibrillation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Høyt blodtrykk / <i>High blood pressure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Blodpropp / <i>Blood clot or thrombosis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Hjerneinfarkt, hjerneblødning, drypp (TIA), forbigående synstap / <i>Ischemic stroke, brain haemorrhage, drip (TIA), transient loss of vision</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Besvimelse, svimmelhet, epilepsi / <i>Black out, fainting, dizziness, epilepsy</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, Asperger, psykose / <i>Psychological disorders such as anxiety, depression, ADHD, Asperger's, psychosis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Vansker med sosiale situasjoner, hukommelse, konsentrasjon, irritasjon eller sinne / <i>Difficulties with social situations, memory, concentration, irritability or anger</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Diabetes / <i>Diabetes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Lungesykdommer, astma / <i>Diseases of the lung, asthma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Redusert førlighet, smerter i muskler og ledd / <i>Reduced mobility, pain in muscles and joints</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Kroniske infeksjoner eller bærertilstander (Tuberkulose, HIV, hepatitt, salmonella, etc) / <i>Chronic infections or carrier states (Tuberculosis, HIV, hepatitis, salmonella, etc)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Alvorlige skader, hjernerystelse / <i>Serious injury, concussion</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Tannproblemer / <i>Dental problems</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Har en lege noen gang konkludert med at du er uskikket for arbeid offshore? /
Has a doctor ever concluded that you are unfit for work offshore?

ja/yes nei/no

Har du noen gang blitt nektet å reise offshore eller blitt sendt i land for noe helserelatert? /
Have you ever been denied to travel offshore or returned onshore for health related reasons?

ja/yes nei/no

Kvinner: Er du gravid? / *Women: Are you pregnant?*

ja/yes nei/no

Har du vært behandlet av lege eller innlagt på sykehus de siste 2 år? /
Have you been treated by a doctor or hospitalized the last 2 years?

ja/yes nei/no

Hvis ja, når?
If yes, when

Hvor?
Where?

For hva?
For what?

Har du vært sykmeldt mer enn 2 uker det siste året? /
Have you been on sick leave more than 2 weeks the past year?

ja/yes nei/no

For hva? /
For what?

Tar du tabletter, sprøyter eller annen form for medisin nå? /
Are you taking any drugs, injections, medicines or tablets now?

ja/yes nei/no

Hvilke? /
Which?

Antall alkoholenheter en vanlig uke / *Units of alcohol a typical week*

under 12 12-21 over 21

Har du brukt narkotiske stoffer eller illegale medikamenter (hasj, piller, etc) siste 12 mnd? /
Did you use any narcotics or other illegal substances during (hashish, pills, etc) last 12 months?

ja/yes nei/no

Nærmere opplysninger om sykdom eller skader / *Further information concerning illness or injuries:*

Fastlege (navn og adresse) /
Family doctor (GP) (name and address)

Jeg erklærer at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg samtykker i at opplysninger om tidligere sykdommer om nødvendig kan innhentes fra offshorehelsetjenesten, trygdekontor (NAV), lege, sykehus eller annen helseinstitusjon. /
I declare that the informasjon given above is correct. I consent to information concerning previous illness being obtained from offshore health services, insurance companies, doctors, hospitals or any other health institution.

Dato / *Date*

Underskrift /
Signature