



MEDICAL OFFICE

Lægekantoret

Navn:	Efternavn:
E-mail:	Tlf:
Fødselsdag:	Nationalitet:
Offshore arbejde/Jobtitel:	
Hvem arbejder du for/Firma:	
Dato for sidste offshore:	
Er du med i brandberedskabet:	
Ryger du (Hvis ja, hvor mange pr. dag?)	
Hvis ex-ryger, dato for stop:	
Gennemsnitlig ugentlig indtag af alkohol I genstande:	

ARBEJDSHISTORIE

Har du været udsat for erhvervsmæssige farer som støj, stråling, støv, asbest eller kemikalier?
Har du brugt beskyttelsestøj, sikkerhedsbriller og høreværn?
Har du nogensinde udviklet nogen former for medicinske tilstande i forbindelse med dit erhverv?
Har du lidt nogen arbejdsskade? Hvis ja, hvilken?
Er du nogensinde blevet nægtet arbejde på grund af en medicinsk tilstand?
Har du modtaget kompensation, eller afventer du nogle industrielle krav?
Har du nogensinde været evakueret af akutte medicinske grunde fra en offshore installation?

Tager du noget medicin?



Har du, eller har du haft nogle af følgende?	JA/NEJ
Brystsmerter/Hjertesmerter/Hjerteanfald?	
Forhøjet blodtryk?	
Slagtilfælde?	
Astma	
Epilepsi?	
Diabetes?	
For meget mavesyre?	
Psykiske problemer/Angst/depression?	
Nyresygdomme?	
Tuberkulose eller andre infektionssygdomme?	
Kræft?	
Har du været på hospitalet indenfor de sidste 5 år?	
Har du I øjeblikket nogle af følgende?	
Rygsmertter/ledsmertter (muskel og ledsmertter)?	
Brok?	
Øjenproblemer (foruden briller)?	
Mavekatar?	
Hepatitis eller galdeblære sygdomme?	
Ændring I tarmvaner/diarre?	
Blod I afføringen, hæmorider?	
Åndenød?	
Bronkitis eller lungebetændelse?	
Blod I urinen eller nyresten?	
Hovedpine/Migræne/svimmelhed?	
Hvornår var du sidst til tandlæge?	
Jeg bekræfter at ovenstående oplysninger er korrekte	
Dato:	Signatur: