

## Bilaga 1 till SSÄ SÄB-0484

Blanketten gäller enligt SSÄ SÄB-0484 *Hälsundersökning gällande trafiksäkerhet* om hälsundersökning och hälsotillstånd för personal med uppdrag att beträda spår, tunnlar och depåer enligt Tri kategorier 18, 19, 29 och 39.

### Personuppgifter

Den undersöktes efternamn	Tilltalsnamn	Personnummer
Telefon arbete (även riktnummer)		Mobilnummer
Behörighet: <b>Spår-, tunnel- eller depåbehörighet enligt SL Tri</b>		

### Beställare

Företag/ansvarig arbetsledare	Telefonnummer (även riktnummer)	
Adress	Postnummer	Postadress

### Anledning till undersökningen

<input type="checkbox"/> Nyanställning	<input type="checkbox"/> Periodisk undersökning	<input type="checkbox"/> Inblandning i olycka/incident
<input type="checkbox"/> Annan orsak, specificera		

### Utlåtande

Den sökande uppfyller de medicinska hälsokraven enligt SSÄ SÄB-0484 <i>Hälsundersökning gällande trafiksäkerhet</i> för att beträda spår enligt kategori 18, 19, 29, 39:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	---------------------------------

### Sjukdomar eller funktionsbegränsningar som påverkar tjänstbarheten:

--

### Förbehåll och ställningstaganden

Ska i tjänsten bära:	<input type="checkbox"/> Glasögon/linser	<input type="checkbox"/> Hörapparat
----------------------	--	-------------------------------------

### Övrigt:

--

### Tidigarelagd periodisk hälsundersökning senast den:

Undersökande läkaren bekräftar med sin företagsstämpel och namnteckning sin behörighet enligt SSÄ SÄB-0484 .	Läkarens underskrift, företagsstämpel med namn och adress
Ort och datum	Namnförtydligande

### Jag har tagit del av ovanstående och förbinder mig att följa angivna förbehåll

Ort och datum	Den undersöktes underskrift
	Namnförtydligande

### Bilaga 2 SSÄ SÄB-0484

Personnummer	Namn
Befattning	Företag/tjänsteställe
Beställare	Företag/tjänsteställe

#### Anledning till provtagning

<input type="checkbox"/> Nyanställd	<input type="checkbox"/> Periodisk	<input type="checkbox"/> Tillbud/ olycka	<input type="checkbox"/> Misstanke	<input type="checkbox"/> Rehab
-------------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

Provtagning utförd av	Signatur	Datum
-----------------------	----------	-------

**Jag samtycker till att bedömningen av provsvaren lämnas till arbetsgivaren**  
Provtagningen omfattar hög alkoholkonsumtion, Amfetamin/Ecstasy, Cannabis, Kokain, Heroin/Morfin, Bensodiazepiner och Tramadol.

Om analyserna visar förekomst av hög alkoholkonsumtion, beroendeframkallande läkemedel eller narkotika, ska provtagaren först kontakta mig. Jag är medveten om, att arbetsgivaren kan tolka ett uteblivet eller sent svar från provtagaren som att testet påvisat ovanstående.

Jag inser att det därför är viktigt att jag är tillgänglig på det telefonnummer jag anger nedan.

Den testades legitimation	Telefon	Underskrift
---------------------------	---------	-------------

#### Analysresultat

Alkoholutandningsprov	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört
Blodprovstagning för analys av alkoholkonsumtionsmarkören B-PEth och S-CDT" *)	Medicinsk bedömning av ohälsosam alkoholkonsumtion är:		
	<input type="checkbox"/> Ej Godkänd	<input type="checkbox"/> Godkänd	<input type="checkbox"/> Ännu ej godkänd, medicinsk utredning krävs

#### Föreligger bruk av

Narkotika	<input type="checkbox"/> Påvisat	<input type="checkbox"/> Ej påvisat
Om svaret är JA ange vad som påvisats:		

#### Ovan angivna uppgifter intygas

Ort och datum
Underskrift av företagsläkare/företagssköterska

\*) Vid särskild indikation eller beställning