

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 enligt Tri kategorier 18, 19, 29 och 39.

Personuppgifter

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

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
Annat, 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 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 medger att provsvar lämnas till arbetsgivaren

Om analyserna visar förekomst av narkotika, hög alkoholkonsumtion eller beroendeframkallande läkemedel ska provtagaren först kontakta mig. Jag är medveten om, att arbetsgivaren kan tolka ett uteblivet eller sent svar från provtagaren som att testet visat förekomst av droger. Jag inser att det därför är viktigt att jag är tillgänglig på det telefonnummer jag anger nedan.

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

Analysresultat

Utandningstest	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört
Blodprov (CDT/PETH) CDT/PETH-svaret talar för hög alkoholkonsumtion *)	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört
Urinprov U-EGL U-EGL-svar påvisar intag av alkohol under senaste dygnet **)	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört

Föreligger bruk av

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

Ovan angivna uppgifter intygas

Ort och datum
Underskrift av företagsläkare/företagssköterska

*) Vid särskild indikation

**) Endast på särskild beställning från arbetsgivaren