

# Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2019:3

Beställningsdatum

<b>Arbetstagarens</b> namn	Adress dit <b>kallelsen</b> för den medicinska kontrollen ska skickas
<b>Arbetstagarens</b> personnummer eller motsvarande	
<b>Arbetsgivarens</b> adress dit <b>resultat</b> från den medicinska kontrollen och eventuellt tjänstbarhetsintyg ska skickas	<b>Arbetsgivarens</b> faktureringsadress

## Medicinsk kontroll beställs till följd av

Arbete med <b>vibrerande verktyg eller maskiner</b> enligt 23 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 1. <input type="checkbox"/>	<b>Handintensivt arbete</b> enligt 26 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 2. <input type="checkbox"/>	<b>Nattarbete</b> enligt 29 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 3. <input type="checkbox"/>	Arbete med <b>allergiframkallande kemiska produkter</b> enligt 32 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 4. <input type="checkbox"/>
---	---	---	---

## Medicinsk kontroll och bedömning för tjänstbarhetsintyg beställs till följd av

Arbete med <b>allergiframkallande kemiska produkter</b> enligt 36 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 5. <input type="checkbox"/>	Arbete med <b>bly</b> enligt 44 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 7. <input type="checkbox"/>	Arbete med <b>klättring med stor nivåskillnad</b> enligt 71 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 10. <input type="checkbox"/>
Arbete med <b>fibrosframkallande damm</b> enligt 39-41 §§. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 6. <input type="checkbox"/>	Arbete med <b>kadmium</b> enligt 54 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 8. <input type="checkbox"/>	Arbete med <b>rök- och kemdykning</b> enligt 74 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 11. <input type="checkbox"/>
<b>asbest</b> <input type="checkbox"/>	Arbete med <b>kvicksilver</b> enligt 63 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 9. <input type="checkbox"/>	<b>Dykeriarbete</b> enligt 77 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 12. <input type="checkbox"/>
<b>vissa syntetiska oorganiska fibrer</b> <input type="checkbox"/>		
<b>kvarts</b> <input type="checkbox"/>		

**Individuell riskbedömning för arbetstagaren**

- I beställningen ingår att **arbetstagaren** ska
- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen
  - få rådgivning när detta behövs
  - få en kopia på tjänstbarhetsintyget, när ett sådant har skrivits.

- I beställningen ingår att **arbetsgivaren** ska
- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen så långt som arbetstagarens samtycke medger
  - få förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön
  - få en kopia på tjänstbarhetsintyget, när ett sådant har skrivits.

OBS! Vi kontakter er för godkännande av eventuellt tillkommande kostnader för ytterligare undersökningar/ utredningar endast om dessa överstiger 3000 kr ex moms om inte annat meddelas vid beställning.

Beställarens namnteckning \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

# Svar från den medicinska kontrollen

*Observera att arbetstagaren måste ge sitt samtycke för att medicinska uppgifter ska kunna lämnas till arbetsgivaren.*

Kommentarer från den medicinska kontrollen.

Förslag på åtgärder som kan bidra till en bättre arbetsmiljö.

**Den medicinska kontrollen, har utförts i enlighet med - och kompetensen hos utföraren överensstämmer med - AFS 2019:3**

Datum (år, månad, dag)	Utförarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning/specialistkompetens	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

**Underskriften omfattar samtliga uppgifter i svaret**