

Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2023:15

Beställningsdatum

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

Medicinsk kontroll beställs till följd av

Arbete med vibrerande verktyg eller maskiner enligt 3 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 1.	Handintensivt arbete enligt 3 kap. 4 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 2.	Nattarbete enligt 3 kap 7 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 3.	Arbete med allergiframkallande kemiska produkter enligt 4 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 4.	Ytterligare fall enligt 9 kap. 1 §.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

Medicinsk kontroll och bedömning för tjänstbarhetsintyg beställs till följd av

Arbete med allergiframkallande kemiska produkter enligt 5 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 5.	Arbete med bly enligt 7 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 7.	Arbete med klättring med stor nivåskillnad enligt 8 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 10.
Arbete med fibrosframkallande damm enligt 6 kap. 1-3 §§. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 6. asbest vissa syntetiska oorganiska fibrer kvarts	Arbete med kadmium enligt 7 kap. 11 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 8.	Arbete med rök- och kemdykning enligt 8 kap. 4 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 11.
	Arbete med kvicksilver enligt 7 kap. 20 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 9.	Dykeriarbete enligt 8 kap. 7 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 12.

Arbetsgivaren ska informera utföraren om de riskbedömningar som motiverar bedömningen att medicinsk kontroll behövs.

Individuell riskbedömning för arbetstagaren	Ja Nej
Exponeras arbetstagaren för kemiska produkter som betecknas som H334?	
Om "Ja" i så fall vilka:	Diisocyanater Organiska syraanhydrider Etyl-2-cyanoakrylat >30 min / vecka Metyl-2-cyanoakrylat >30 min / vecka Diisocyanater genom termisk nedbrytning

I beställningen ingår att **utföraren ska ge arbetstagaren**

- information om resultatet av den medicinska kontrollen
- rådgivning när detta behövs
- kopia av tjänstbarhetsintyget, när sådant har skrivits

I beställningen ingår att **utföraren ska ge arbetsgivaren**

- information om resultatet av den medicinska kontrollen, så långt som arbetstagarens samtycke medger
- förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön
- kopia av tjänstbarhetsintyget, när sådant har skrivits

Beställarens namnteckning

Namnförtydligande

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. **var god vänd**

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 enligt AFS 2023:15.

Kompetensen hos utföraren överensstämmer med tillämpliga bilagor till AFS 2023:15.

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i svaret