



INTERVJU FÖR HÄLSOUNDERSÖKNING VID PLACERING I ARBETET

Alla uppgifter beträffande Din hälsa behandlas konfidentiellt och används endast av företagshälsovården

PERSONUPPGIFTER											
Efternamn				Förnamn							
Personbeteckning				Adress							
Hemkommun				Telefon jobb / hem				Epost			
<input type="checkbox"/> ogift	<input type="checkbox"/> gift	<input type="checkbox"/> sambo	<input type="checkbox"/> registrerat parförhållande	<input type="checkbox"/> frånskild	<input type="checkbox"/> änka/änkling						
Värnplikt år		Tjänstduglighetsklass:		Skolning i första hjälpen:				År			
Grundutbildning		grund- / mellanskola		student		yrkesskola					
Ammattikoulutus		institut		yrkeshögskola		övrigt					
UPPGIFTER OM ARBETSPLATSEN											
Nuvarande arbetsplats: Företag / avdelning / arbetsplats / förman						Arbetsförhållandet började / börjar					
Yrke / arbetsuppgift						Utför du extra arbete / studerar du?					
						<input type="checkbox"/> nej		<input type="checkbox"/> ja			
Förekommer följande belastningsfaktorer i ditt arbete?											
<input type="checkbox"/> buller	<input type="checkbox"/> damm	<input type="checkbox"/> vibration	<input type="checkbox"/> lösningsmedel	<input type="checkbox"/> drag							
<input type="checkbox"/> kallt	<input type="checkbox"/> hett	<input type="checkbox"/> strålning	<input type="checkbox"/> ensidig arbetsställning	<input type="checkbox"/> bildskärmsarbete							
<input type="checkbox"/> stående arbete	<input type="checkbox"/> lyftande	<input type="checkbox"/> olycksfallsrisk	<input type="checkbox"/> psykisk belastning	<input type="checkbox"/> risk för hot eller våld							
<input type="checkbox"/> ensam arbete	<input type="checkbox"/> förmansarbete	<input type="checkbox"/> resande	<input type="checkbox"/> nattarbete	<input type="checkbox"/> skiftesarbete							
övrigt, vad?											
Tidigare arbetsplatser / branscher				När (åren)		Hälsorisker i arbetet (buller, damm, lösningsmedel, nattarbete el dyl.)					
SJKDOMAR I SLÄKTEN											
Har någon av dina nära släktingar haft följande sjukdomar? Vem? (1 föräldrar, 2 syskon, 3 barn, 4 mor-/farföräldrar)											
<input type="checkbox"/> störning i hjärnans blodcirkulation	<input type="checkbox"/> alkoholism	<input type="checkbox"/> allergi	<input type="checkbox"/> astma								
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> förhöjt blodtryck	<input type="checkbox"/> reuma	<input type="checkbox"/> psykisk sjukdom								
<input type="checkbox"/> hjärt- och kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> ögontryckssjukdom	<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> blodtryckssjukdom								
övrigt, vad?											
HÄLSOTILLSTÅND OCH LEVNADSVANOR											
Uppskattning av ditt nuvarande hälsotillstånd		<input type="checkbox"/> ypperligt	<input type="checkbox"/> bra	<input type="checkbox"/> måttligt	<input type="checkbox"/> dåligt						
Näring		Följer du någon specialdiet?				<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, vad?				
Motion		Hur ofta idkar Du motion eller nyttomotion minst en halv timme så att Du blir andfådd och svettig? gånger/vecka. Vad?									
Övriga fritidsintressen?											
Socialt nätverk		Finns det i din närmaste krets någon person som Du kan prata om Dina personliga saker med? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej									
Användning av tobak/snus		Röker du? Använder du snus?				<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja				
		Antal cigaretter /dygn		Mängd snus: /dygn							
		Jag har rökt/ använt snus år.		Jag har slutat år:							

Alkohol	Hur många portioner alkohol använder Du i medeltal per vecka? 1 portion= flaska mellanöl/cider, 12cl vin, 8cl starkvin eller 4cl sprit				
	använder inte alkohol alls	< 2 portioner	3-5 portioner	över 5 portioner	
Droger	Använder Du droger nu eller har Du använt tidigare?				
	nej	ibland, vad?	ja, vad?		
Mediciner	Använder du mediciner:				
	ibland, vad?				
	Regelbundet, vad? Dosering?				
Medicin allergier					
Vaccinationer		År		År	
	Stelkramp-difteri (Tet-D)		B-hepatit		
	Polio		A+B-hepatit		
	A-hepatit		Övrigt		
Senaste hälsokontrollerna	Syngranskning år	Glasögon	Kontaktlinser		
	Hörselundersökning år		Tandläkares granskning år		
	Gynekolog granskning år		Papa år	Mammografi år	
	Vikt kg	Längd cm	Midjemått cm		
Sjukfrånvaron	Hur många dagar har Du pga. sjukdom varit borta från arbetet de senaste 12 månaderna?				
HAR DU NU ELLER TIDIGARE HAFT FÖLJANDE SJUKDOMAR ELLER SYMTOM? (kruss i rutan)					
ögonsjukdom	förhöjt blodtryck	allergi / överkänslighet	njursjukdom / övrig sjukdom i urinvägarna		
färgblindhet	rytmstörningar i hjärtat	godartat tumör	diabetes		
öronsjukdom/bullerskada	bröstmärtnar	elakartad tumör	sjukdom i sköldkörteln		
anfall av medvetslöshet	sjukdom i kransartärerna	astma	viktproblem		
migrän	blodpropp i hjärtat	tuberkulos	reuma		
ofta återkommande huvudvärk	åderbräck	magsår eller sjukdom i matsmältningskanalen	gikt		
svindel	gångsmärtnar i vaderna	halsbränna / magkatarr	besvär i nacke / skuldror		
epilepsi	övrig cirkulationsstörning	hemorrojder	ischias		
förlamning	anemi	sjukdom i lever eller bukspottskörtel	annat ryggbesvär		
minnesstörning	posit. HIV-antikroppar	gallsjukdom, -stenar	allvarligt olycksfall		
övrig sjukdom i nervsystemet	posit. B- tai C-hepatit antikroppar	keliaki	konstaterad yrkessjukdom		
spännings- eller skräcktillstånd	allergiskt utslag, eksem	laktos-intolerans	operationer		
depression	övriga utslag, eksem	övrig sjukdom i matsmältningsorganen	övriga symtom eller sjukdom, vad?		
mental störning/sjukdom	övrig hudsjukdom	urinvägsinfektioner			
Tilläggsuppgifter , om Du svarade "ja" på någon punkt, anteckna då året när sjukdomen konstaterades, vårdplats och nuvarande tillstånd					

Jag försäkrar att uppgifterna jag har gett är riktiga

Datum

Underskrift

Vänd