



LUNDS  
UNIVERSITET

# Beställningsblankett - Medicinsk kontroll i arbetslivet

Dokumentet ”[Chefens instruktion för medicinsk kontroll](#)” beskriver när medicinsk kontroll ska genomföras.

Denna blankett skall signeras av ansvarig chef. Fyll i den elektroniskt eller för hand och **skriv ut och signera**.

## Arbetstagare (medarbetare eller student)

Namn	Personnummer	Telefon och/eller e-post
------	--------------	--------------------------

### Medicinsk kontroll

- Arbete som medför exponering för vibrationer (AFS 2019:3)
- Handintensivt arbete (AFS 2019:3)
- Nattarbete (AFS 2019:3)
- Allergiframkallande kemiska produkter: epoxiplastkomponenter, formaldehydhartser, metakrylater och akrylater (AFS 2019:3)
- Arbete med försöksdjur (AFS 1990:11)
- Arbete med hörselskadligt buller (AFS 2005:16)
- Arbete med smittrisker (AFS 2018:4)
- Arbete med artificiell optisk strålning (AFS 2009:7)
- Andra arbeten enligt riskbedömning (AFS 2019:3)

### Medicinsk kontroll med tjänstbarhetsintyg

- Allergiframkallande kemiska produkter: isocyanater, diisocyanater, syraanhydrider, etylcyanoakrylater och metylcyanoakrylater (AFS 2019:3)
- Fibrosframkallande damm: asbest, vissa syntetiska oorganiska fiber och kvarts (AFS 2019:3)
- Klättring med stor nivåskillnad (AFS 2019:3)
- Rök- och kemdykning eller dykeriarbete (AFS 2019:3)
- Arbete med joniserande strålning, kategori A (SSMFS 2018:1)

### Medicinsk kontroll med tjänstbarhetsintyg och exponeringskontroll

- Bly (AFS 2019:3)
- Kadmium (AFS 2019:3)
- Kvicksilver (AFS 2019:3)

## Individuell riskbedömning för arbetstagaren

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

## Beställare (prefekt, eller annan chef med personalansvar)

Namn	Befattning	Arbetsställe
E-post	Telefon	Kostnadsställe
Underskrift av chef		

**Skicka ifyllt blankett** via internpost till FHV, hämtställe 52 eller via ordinarie post till Lunds universitet, Företagshälsovården, Box 117, 221 00 Lund. **Frågor** kan ställas till FHV via telefon: 046-222 32 80

# 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**