

Blankett hälsodeklaration för sjöfolk

Hälsodeklarationen utgör en del av det underlag som läkaren använder vid utfärdandet av läkarintyg för sjöfolk.

Hälsodeklarationen är bara obligatorisk om undersökningen gäller fartområde **Obegränsad** eller **Begränsad**.

Om undersökningen gäller intyg för **Inre fart** eller för **fiskare** är hälsodeklarationen inte ett krav, men läkaren kan begära att du fyller i deklARATIONEN ändå för att kunna bilda sej en uppfattning om ditt hälsoläge.

Denna blankett kan du fylla i på datorn (utom de fält läkaren kommer att fylla i), skriva ut och ta med. Du kan också skriva ut och fylla i för hand. Vid undersökningen kommer läkaren att gå igenom hälsodeklarationen och kanske ta upp vissa frågor som du kan känna dej osäker på. Vissa läkare vill att ni fyller i deklARATIONEN tillsammans för att säkerställa att du förstått alla frågor. När du bokar tid för undersökning kan du fråga hur du ska göra med hälsodeklarationen.

Som alternativ till pappersblanketten tillhandahåller Transportstyrelsen ett internetbaserat program, Läkarewebben. Läkaren kan med det registrera och skriva ut intyg. De läkare som kan utfärda digitalt läkarintyg för sjöfolk kan du hitta på en lista som finns på www.transportstyrelsen.se/sjomanwebben

Efter undersökningen ska du få med sidorna som läkaren fyller i som heter **Syn- och hörselundersökning** och **Bedömning av arbetsförmåga** för att kunna visa upp för befälhavaren/arbetsgivaren. Hälsodeklarationen skall behållas av doktorn. Ingenting skall skickas in till Transportstyrelsen utom när du söker om behörighet. Om intyget utfärdats med Läkarewebben behöver du inte sända in läkarintyg vid behörighetsansökan, då finns uppgifterna redan registrerade.

Transportstyrelsen, Sjöpersonalsektionen
Webbsida www.transportstyrelsen.se
E-post sjofart.lakarwebben@transportstyrelsen.se
Telefon (knappval) 011-19 10 40

| | | | |
|---|--|---|--|
| Utfärdande läkare/Issuing doctor | | Hälsodeklaration Declaration of Health | (TSFS 2009:3) Version 2009-01-29 |
| Befattn. _____ Position _____ | | | |
| Specialitet _____ Speciality _____ | | Personnummer/Personal ID number _____ | |
| Förskrivarkod/License number _____ | | Namn/Name _____ | |
| Telefon _____ Webb _____ E-mail _____ | | Identitet styrkt med _____ Identity verified by _____ | |
| Intyget avser fartområde/Intended trade area <input type="radio"/> Obegränsad fart Unrestricted trade <input type="radio"/> Begränsad fart Restricted trade <input type="radio"/> Inre fart/fiskare Sheltered trade/fishermen | | <input type="checkbox"/> Legitimation ID card | <input type="checkbox"/> Känd Known |
| Är sjömannen nybörjare inom gruppen enl. _____ vidstående _____ Is the seaman beginner in service in the group listed to the right | | <input type="checkbox"/> Nej No | |
| | | <input type="checkbox"/> Ja Yes | |
| | | <input type="checkbox"/> Däck, säkerhetsbesättning Deck, safe manning | |
| | | <input type="checkbox"/> Maskin/Engine | |
| | | <input type="checkbox"/> Däck, ej säkerhetsbesättning Deck, not safe manning | |
| | | <input type="checkbox"/> Intendentur och övriga Others | |

Hälsodeklaration/Declaration of Health

Krävs endast för Obegränsad eller Begränsad fart/Mandatory only for Unrestricted trade or Restricted trade

| Har du eller har du haft:/Are you suffering from or have you suffered from: | Nej No | Ja Yes | Om Ja: Förtydliga If Yes: Specify |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Långvarig infektionssjukdom Chronic infectious disease | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ämnesomsättningssjukdom Metabolic disorders | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Diabetes <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Hjärt-kärlsjukdom, även högt blodtryck Cardiovascular disease, including hypertension | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Luftvägs- eller lungsjukdom, även astma, allergi Respiratory or lung disease, including asthma, allergies | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Hudsjukdom, även eksem Dermatitis, including eczema | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Mag-tarmsjukdom Gastrointestinal disorder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Psykiska besvär, även alkoholism, narkomani, nervösa besvär, ätstörningar Psychological problems, including alcoholism, drug abuse, nervous disorders, eating disorder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sjukdom i rörelseorganen t ex skelett, leder, muskler, senor, diskbråck Illness in muscular-skeletal system e.g. skeleton, joints, muscles, tendons | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Medfödd missbildning Congenital disorder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Urinvägs- eller njursjukdom, även prostatasjukdom Urinary tract- or kidney disease, including diseases of the prostate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Blodsjukdom Blood disease | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Neurologisk sjukdom, även MS Neurological disorder, including multiple sclerosis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Om epilepsi: Datum för senaste anfall If epilepsy: Latest seizure, when | | | |
| Allvarlig skall- eller hjärnskada med mer än 30 min. medvetslöshet Serious cranium- or brain injury with more than 30 min. of unconsciousness | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

**Jag försäkrar på heder och samvete att ovanstående uppgifter, såvitt jag vet, är sanningsenliga.
I solemnly declare the above particulars to be, to my knowledge, fully in accordance with the truth.**

Ort och datum/Place, date

Sjömannens namnteckning/Signature of seaman

| | | | |
|---|---------------------------|---|--|
| Utfärdande läkare/Issuing doctor | | Hälsodeklaration Declaration of Health | (TSFS 2009:3) Version 2009-01-29 |
| Befattn. Position | Specialitet Speciality | | |
| Förskrivarkod/License number | | Personnummer/Personal ID number | |
| Telefon | | Namn/Name | |
| Webb | | | |
| E-mail | | | |
| Intyget avser fartområde/Intended trade area | | Identitet styrkt med Identity verified by | <input type="checkbox"/> Sign _____ |
| <input type="radio"/> Obegränsad fart Unrestricted trade <input type="radio"/> Begränsad fart Restricted trade <input type="radio"/> Inre fart/fiskare Sheltered trade/fishermen | | <input type="radio"/> Legitimation ID card <input type="radio"/> Känd Known | Jag godkänner elektronisk lagring I approve of digital storage |
| Är sjömannen nybörjare inom gruppen enl. vidstående <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja Is the seaman beginner in service in the group listed to the right | | Tänkt befattning ombord (grupp) Intended position on board (group) | |
| | | <input type="radio"/> Däck, säkerhetsbesättning Deck, safe manning | <input type="radio"/> Maskin/Engine |
| | | <input type="radio"/> Däck, ej säkerhetsbesättning Deck, not safe manning | <input type="radio"/> Intendentur och övriga Others |

Hälsodeklaration (fortsättning)/Declaration of Health (continued)

Krävs endast för Obegränsad eller Begränsad fart/Mandatory only for Unrestricted trade or Restricted trade

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Har du eller har du haft: /Are you suffering from or have you suffered from: | | Om Ja: Förtydliga If Yes: Specify | |
| Ögon- eller öronsjukdom Eye or ear disease | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | <input type="text"/> |
| Tumörsjukdom Tumours | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | <input type="text"/> |
| Annan långvarig eller allvarlig sjukdom Other chronic or serious illness | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | <input type="text"/> |
| Kroppsskada Injuries | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | <input type="text"/> |

Skydd mot tuberkulos/Protection against tuberculosis

| | | | |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------|
| | | Om Ja: När /If Yes: When | |
| Har du tuberkulinprovats Have you been tested for tuberculosis | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Vet ej Don't know | <input type="radio"/> Ja Yes |
| Har du lungröntgats Have you been chest x-rayed | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Vet ej Don't know | <input type="radio"/> Ja Yes |
| Är du vaccinerad mot tbc Have you been vaccinated against tuberculosis | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Vet ej Don't know | <input type="radio"/> Ja Yes |

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Tar du regelbundet någon medicin Do you regularly use any medicine | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | <input type="text"/> |
| Anser du dig vara helt arbetsför Do you consider yourself to be completely fit for service | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | |
| Har du tidigare genomgått undersökning för att få läkarintyg för sjöfolk Have you ever previously been examined with the intention of obtaining a medical certificate for seafarers. | <input type="radio"/> Nej No | <input type="radio"/> Ja Yes | Om Ja: När senast If Yes: When latest <input type="text"/> |

**Jag försäkrar på heder och samvete att ovanstående uppgifter, såvitt jag vet, är sanningsenliga.
I solemnly declare the above particulars to be, to my knowledge, fully in accordance with the truth.**

Ort och datum/Place, date

Sjömannens namnteckning/Signature of seaman

Nedanstående uppgifter ifylles av läkaren/The following fields to be filled in by the doctor

| | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| Vikt (kg)/Weight (kg) | Längd (cm)/Height (cm) | Blodtryck/Blood pressure |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |