



LUNDS
UNIVERSITET

Beställningsblankett - Medicinska kontroller 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**. En kontroll per blankett, vid flera kontroller använd fler blanketter.

Arbetstagare (medarbetare eller student)

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

Medicinsk kontroll

- Arbete som medför exponering för vibrationer (AFS 2023:15, kap 3)
- Handintensivt arbete (AFS 2023:15, kap 3)
- Nattarbete (AFS 2023:15, kap 3)
- Allergiframkallande kemiska produkter: akrylater, epoxiplastkomponenter, formaldehydharter, (AFS 2023:15, kap 4)
- Arbete med försöksdjur (AFS 2023:10, kap 11 och AFS 2023:15, kap 9)
- Arbete med hörselskadligt buller (AFS 2023:10, kap 2)
- Arbete med smittrisker (AFS 2023:10, kap 11)
- Arbete med artificiell optisk strålning (AFS 2023:10, kap 12)
- Andra arbeten där medicinska kontroller enligt riskbedömning kan behövas (AFS 2023:10, kap 9)

Medicinsk kontroll med tjänstbarhetsintyg

- Allergiframkallande kemiska produkter: diisocyanater, organiska syraanhydrider, etylcyanoakrylater och metylcyanoakrylater (AFS 2023:15, kap 5)
- Fibrosframkallande damm: asbest, vissa syntetiska oorganiska fiber och kvarts (AFS 2023:15, kap 6)
- Klättring med stor nivåskillnad (AFS 2023:15, kap 8)
- Rök- och kemdykning eller dykeriarbete (AFS 2023:15, kap 8)
- Arbete med joniserande strålning, kategori A (SSMFS 2018:1)

Medicinsk kontroll med tjänstbarhetsintyg och exponeringskontroll

- Bly (AFS 2023:15, kap 7)
- Kadmium (AFS 2023:15, kap 7)
- Kvicksilver (AFS 2023:15, kap 7)

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 2023:15

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i svaret