Dato: \_\_\_\_

Navn: Fødselsnr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institutt: Fastlege:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Skjemaet fylles ut før helseundersøkelsen/samtalen, og tas med til avtalt time ved Seksjon for HMS og beredskap, HR- og HMS-avdelingen.**

Arbeidsoppgaver med mulig helseskadelig eksponering:

|  |
| --- |
|  |

### **Evt. tidligere arbeidsoppgaver med mulig helseskadelig eksponering:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tidsrom | Arbeidsgiver | Stilling/type arbeid |
|  |  |  |

**Kryss av i skravert felt ved aktuell eksponering:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Evt. annet, kommentar eller spesifisering av eksponeringen:** |  |
| **Kjemikalier / gasser:** |  |  |  |
| Kreftfremkallende |  |  |  |
| Løsningsmidler |  |  |  |
| Mutagene / arvestoffskadelige |  |  |  |
| Reproduksjonsskadelige |  |  |  |
| Andre helsefarlige  |  |  |  |
| **Biologisk materiale:** |  |  |  |
| Humant materiale |  |  |  |
| Levende dyr |  |  |  |
| Jord |  |  |  |
| Avløpsvann |  |  |  |
| **Organisk støv:** |  |  |  |
| Papirstøv |  |  |  |
| Trestøv fra harde treslag |  |  |  |
| Støv fra dyr, for og strø |  |  |  |
| **Mineralstøv og fiber:** |  |  |  |
| Metallstøv |  |  |  |
| Røyk |  |  |  |
| Støv fra stein og sand |  |  |  |
| Mørtel og betong |  |  |  |
| Asbest |  |  |  |
| **Varmt arbeid:** |  |  |  |
| Kullbuemeisling |  |  |  |
| Lodding |  |  |  |
| Sliping |  |  |  |
| Sveising / hard lodding |  |  |  |
| Termisk skjæring / sprøyting |  |  |  |
| **Stråling:** |  |  |  |
| Ioniserende |  |  |  |
| Synlig og usynlig optisk stråling |  |  |  |
| Annen stråling |  |  |  |
| **Hørselsskadelig støy** |  |  |  |

**Sett kryss i skraverte felt:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tilleggsopplysninger for eksponering:** | **ja** | **nei** |
| Utsetter du deg for liknende eksponering utenfor arbeidstiden? |  |  |
| Har du opplevd tilløp til eller uhell/ulykke i forbindelse med ditt arbeid? |  |  |
| Hva skjedde og når? |
| Hva slags personlig verneutstyr er det aktuelt for deg å bruke? |
| Er aktuelt personlig verneutstyr tilgjengelig? |  |  |
| Bruker du aktuelt personlig verneutstyr? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Helseopplysninger (Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt): | **ja** | **nei** |
| Har du eller har du hatt sykdommer/plager som du tror skyldes påvirkninger i arbeidsmiljøet? |  |  |
| Hvis ja, hvilke: |
| Har sykdommen/plagen ført til sykefravær? |  |  |
| Har du allergi/overømfintlighet? |  |  |
| Hvis ja, hva slags? |
| Har du astma eller andre plager i luftveiene? |  |  |
| Har du eksem eller andre problemer med huden? |  |  |
| Bruker du medisiner fast? |  |  |
| Hvis ja, hvilke og for hva: |
| Har du problemer knyttet til bruk av personlig verneutstyr? |  |  |
| Hvis ja, hvilke: |