

Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2023:15

Beställningsdatum

Arbetstagarens namn

Adress dit **kallelsen** för den medicinska kontrollen ska skickas

Arbetstagarens personnummer eller motsvarande

Arbetsgivarens adress dit **resultat** från den medicinska kontrollen och eventuellt tjänstbarhetsintyg ska skickas

Arbetsgivarens faktureringsadress

Medicinsk kontroll beställs till följd av

Arbete med **vibrerande verktyg eller maskiner** enligt 3 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 1.

Handintensivt arbete enligt 3 kap. 4 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 2.

Nattarbete enligt 3 kap. 7 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 3.

Arbete med **allergiframkallande kemiska produkter** enligt 4 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 4.

Ytterligare fall enligt 9 kap. 1 §.

Medicinsk kontroll och bedömning för tjänstbarhetsintyg beställs till följd av

Arbete med **allergiframkallande kemiska produkter** enligt 5 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 5.

Arbete med **bly** enligt 7 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 7.

Arbete med **klättring med stor nivåskillnad** enligt 8 kap. 1 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 10.

Arbete med **fibrosframkallande damm** enligt 6 kap. 1-3 §§. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 6.

asbest

vissa syntetiska oorganiska fibrer

kvarts

Arbete med **kadmium** enligt 7 kap. 11 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 8.

Arbete med **kvicksilver** enligt 7 kap. 20 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 9.

Arbete med **rök- och kemdykning** enligt 8 kap. 4 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 11.

Dykeriarbete enligt 8 kap. 7 §. Kontrollen ska utföras enligt bilaga 12.

Arbetsgivaren ska informera utföraren om de riskbedömningar som motiverar bedömningen att medicinsk kontroll behövs.

Individuell riskbedömning för arbetstagaren

I beställningen ingår att **utföraren ska ge arbetstagaren**

- information om resultatet av den medicinska kontrollen
- rådgivning när detta behövs
- kopia av tjänstbarhetsintyget, när sådant har skrivits

I beställningen ingår att **utföraren ska ge arbetsgivaren**

- information om resultatet av den medicinska kontrollen, så långt som arbetstagarens samtycke medger
- förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön
- kopia av tjänstbarhetsintyget, när sådant har skrivits

Beställarens namnteckning

Namnförtydligande

var god vänd

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 enligt AFS 2023:15.

Kompetensen hos utföraren överensstämmer med tillämpliga bilagor till AFS 2023:15.

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i svaret