



## Hälsundersökning liten/allmän/utökad

### Personuppgifter

Personnummer	Telefon
Namn	Mail
Adress	Ansvarig SSK (fylls i av Adocto)
Postnummer och ort	Datum för besöket

Företag/privatperson	Tjänstgöringsgrad
Typ av yrke	Overtid timmar/vecka
Skift-/nattarbete	

Jag godkänner härmed att mitt frågeformulär i aidentifierat skick får användas i arbetsmiljö- och hälsorapport.

Ja       Nej       Underskrift \_\_\_\_\_

Om provsvaren avviker – vill du ha uppföljning hos läkare på:

Centrumkliniken

Egen husläkare/vårdcentral

Efter ca tre veckor får du hemskickat en sammanställning av din hälsokontroll och provsvar.



	Ja	Nej
<p>9. Hur ofta dricker du alkohol?</p> <p>Aldrig      1 gång i månaden      2-4 gånger      2-3 gånger      4 gånger/vecka                   eller mer sällan      i månaden      i veckan      eller mer</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p>Hur många glas dricker du en typisk dag när du dricker?  (Med glas menas 50 cl folköl/33 cl starköl /1 glas vin/4 cl starksprit t.ex. whisky)</p> <p>1-2                      3-4                      5-6                      7-9                      10 eller fler</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p>Hur ofta dricker du sex glas eller mer vid samma tillfälle?  (Med glas menas 50 cl folköl/33 cl starköl /1 glas vin/4 cl starksprit t.ex. whisky)</p> <p>Aldrig              Mer sällan än en              Varje              Varje              Dagligen eller                   gång i månaden              månad              vecka              nästan varje dag</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>		
<p>10. Hur ofta motionerar du (muskelträning/konditionsträning)?</p> <p>Aldrig    Sporadiskt    1-2 ggr/vecka    3-5 ggr/vecka    &gt;5 ggr/vecka</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p>Om du motionerar, vilken typ av motion?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. Har du bra kostvanor (så som en varierad kost samt regelbundna måltider som frukost, lunch, middag samt mellanmål)?</p> <p>Om nej, varför inte?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12. Hur du stressymptom så som lättirritabilitet, oro och koncentrationssvårigheter?</p> <p>Aldrig      Sällan      Då och då      Ofta      Mycket ofta</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13. Vad är din uppfattning om din hälsa?</p> <p>Mycket bra      Bra      Varken bra eller dålig      Dålig      Mycket dålig</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p>Om ej ”mycket bra” vad skulle du behöva för att skatta din hälsa till ”mycket bra”?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fysisk arbetsmiljö

	Ja	Nej
14. Förekommer några av dessa faktorer på din arbetsplats?		
a. Buller eller störande ljud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vibrationer (fordon, verktyg etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Luftföroreningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Klimatproblem (värme, kyla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kemikalier (olja, lösningsmedel och dylikt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dålig belysning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bildskärmsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tungt lyft eller större muskelansträngningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Obekväma arbetsställningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ensidiga arbetsrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om du svarat ja på någon/några av ovanstående faktorer, upplever du några besvär p.g.a. detta?		

## Psykosocial arbetsmiljö

Ringa in på skalan Nej=1 Ja=5

15. Trivs du med ditt arbete?	1-----2-----3-----4-----5
16. Upplever du arbetet som utmanande/stimulerande?	1-----2-----3-----4-----5
15. Ha du möjlighet att påverka och bestämma delar av ditt arbete?	1-----2-----3-----4-----5
16. Känner du dig stressad på ditt arbete?	1-----2-----3-----4-----5
17. Kan du koppla va från jobbet på din fritid?	1-----2-----3-----4-----5
16. Upplever du oro för din framtida arbetssituation?	1-----2-----3-----4-----5
15. Känner du oro för att bli utsatt för hot eller våld i ditt arbete?	1-----2-----3-----4-----5
Eventuella kommentarer till ovanstående:	

## Hälsosamtal

Är du motiverad till en eventuell förändring (ex. börja träna mer, ändra på kosten, sluta röka osv.)?

Finns det något som begränsar dig (t.ex. tidsbrist, sjukdom, arbete, familj, motivation osv.)?

Frågor jag vill diskutera:

Reflektion av samtalet (Fylls i av Adocto)

Vad tar du med dig härifrån?

**Medicinska undersökningar** (fylls i av Adocto)

Blodtryck:	
Puls:	
Längd:	
BMI:	
Midjemått:	
Urinprov:	

**Vid utökad hälsokontroll**

Synundersökning Bilateralt: Höger öga: Vänster öga:	
Hörselundersökning:	

**Ytterligare tillägg**

EKG:	
Spirometri:	

**Risikfaktorer**

--

**Sjuksköterskans utlåtande**

--

Datum	Ansvarig sköterska
-------	--------------------