



## Lægeattest til brug ved undersøgelse af søfarende og fiskere

Kun for personer på 16 år og derover

Afsnit A og B udfyldes af den søfarende. Afsnit C udfyldes af lægen

### A – Søfarende

Efternavn:	Fornavn:	Køn: M: <input type="checkbox"/> K: <input type="checkbox"/>	CPR-nr.
Adresse:	Postnr./ by:	Land:	
Stilling:			Statsborgerskab:

### B – Egen erklæring

	JA / NEJ	Hvornår (år)
Har du tidligere gennemgået lægeundersøgelse for søfarende? Hvis ja, hvornår?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Er du ved en tidligere lægeundersøgelse erklæret for uegnet til skibstjeneste eller egnet med begrænsninger?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Har du været indlagt på hospital inden for de sidste 10 år?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Har du indenfor de sidste 2 år haft sammenhængende sygeperioder på mere end 20 dage?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Har du vanskeligheder ved orientering i nedsat belysning?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
<b>Har du eller har du haft følgende sygdomme:</b>		
Lungesygdomme, herunder astma	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Mave- og tarmsygdomme, herunder mavesår	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Hjerte- og kredsløbslidelser	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Nyre- og blæresygdomme	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Diabetes	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Ørelidelser	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Øjenlidelser	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Rygproblemer, herunder hold i ryggen	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Epilepsi eller andre krampetilfælde	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Psykiske lidelser	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Har du Alkohol- eller narkotikamisbrug nu eller har du tidligere haft misbrug?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Overfølsomhed eller allergier	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Eksem	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Alvorlige skader, som har efterladt varige mén	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Kroniske lidelser, herunder tuberkulose og smitsom leverbetændelse	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Bruger du medicin regelmæssigt?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Jeg giver hermed mit samtykke til, at oplysninger om tidligere sygdomme kan indhentes fra Fælles Medicin Kort (FMK), læger, hospitaler, andre behandlingsinstitutioner og offentlige myndigheder, jfr. Bekendtgørelse om lægeundersøgelse af søfarende og fiskere: JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Dato		
Den søfarendes underskrift: Jeg erklærer hermed på tro og love, at de afgivne oplysninger i erklæringen er korrekte. Jeg er samtidigt opmærksom på, at afgivelse af urigtige eller mangelfulde oplysninger mod bedre vidende er strafbart.		

## C – Lægens undersøgelse (undersøgelsen må i Danmark kun foretages af de særlige autoriserede søfartslæger)

Efternavn:		Fornavn:		CPR-nummer:						
Er den undersøgte kendt af dig og benytter dig som læge?				<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
Den undersøgte er mig ubekendt, men har overfor mig godtgjort sin identitet ved forevisning af				Dansk søfartsbog		Kørekort	Pas			
Højde (cm):		BMI:		<b>Undersøgelse af syn og hørelse</b>						
Vægt (kg):				Farvesans (Ishihara)		Farveblind: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Urin	Alb.		Hjerte		Synsfelt Normalt: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
	Sach.		Lunger		Synsstyrke (se V 4.)	Uden korrektion	Med sædvanlig benyttet korrektion			
Blodtryk			Abdomen		Højre øje					
Tænder			Hud		Venstre øje					
Øjne			Ekstremiteter		Begge øjne sammen					
Mundhule			Brok		Hørelsen (se V 1.)	Sædv. talestemme	Sædv. Talestemme på 4 m afstand			
Reflekser			Rygsøjle		Uden høreapparat		Otoscopi			
Evt. bemærkninger					Med høreapparat		Venstre øre			
				Resultat: <input type="checkbox"/> Skikket til udvig <input type="checkbox"/> Ej udvig <input type="checkbox"/> Ej udvig og maskintjeneste						
				Er den undersøgte efter dit skøn egnet til skibstjeneste? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
				Hvis "nej" anfør grunden:						
				Hvis egnethed i øvrigt er betinget anføres begrænsningerne i henseende til						
				a) tid		b) arbejdsområde		c) fartsområde		
Dato, lægens stempel og underskrift										
Sundhedsbevis udstedt / påtegnet										
(Det ikke foretagne overstreges)										