

Bilaga 1: Audiometri

Bilaga 2: Labsvar

Bilaga 3: Enkät svar

Bilaga 4: Enkät svar

Bilaga 5: Enkät svar

Bilaga 6: Intyg

Bilaga 7: Intyg

Personnummer

19970527-3663

Namn

Vanja Nilsson

Gamla Skeppsbrogatan 9 A

37133 KARLSKRONA

Mobiltelefon: 0709-438393

---

**2015-06-24, Linda Karlsson, Företagssköterska**

*Enkät svar*

Hälsodeklaration livsmedelshantering

3v i sommar

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

*Enkät svar*

Hälsoundersökning Konfidentiell

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

*Journalanteckning*

Anteckning                      Lämnat remiss och rör för fecesprov, varit i Frankrike.

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

*Audiometri*

CGM J4 - Entomed

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

*Enkät svar*

AUDIT

6 poäng

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

*Intyg*

Intyg livsmedelshantering

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

*Intyg*

Tjänstbarhetsintyg för anställning

Signerad av: Linda Karlsson, Företagssköterska

---

**2015-07-23, Anders Neilan, Företagsöverläkare**

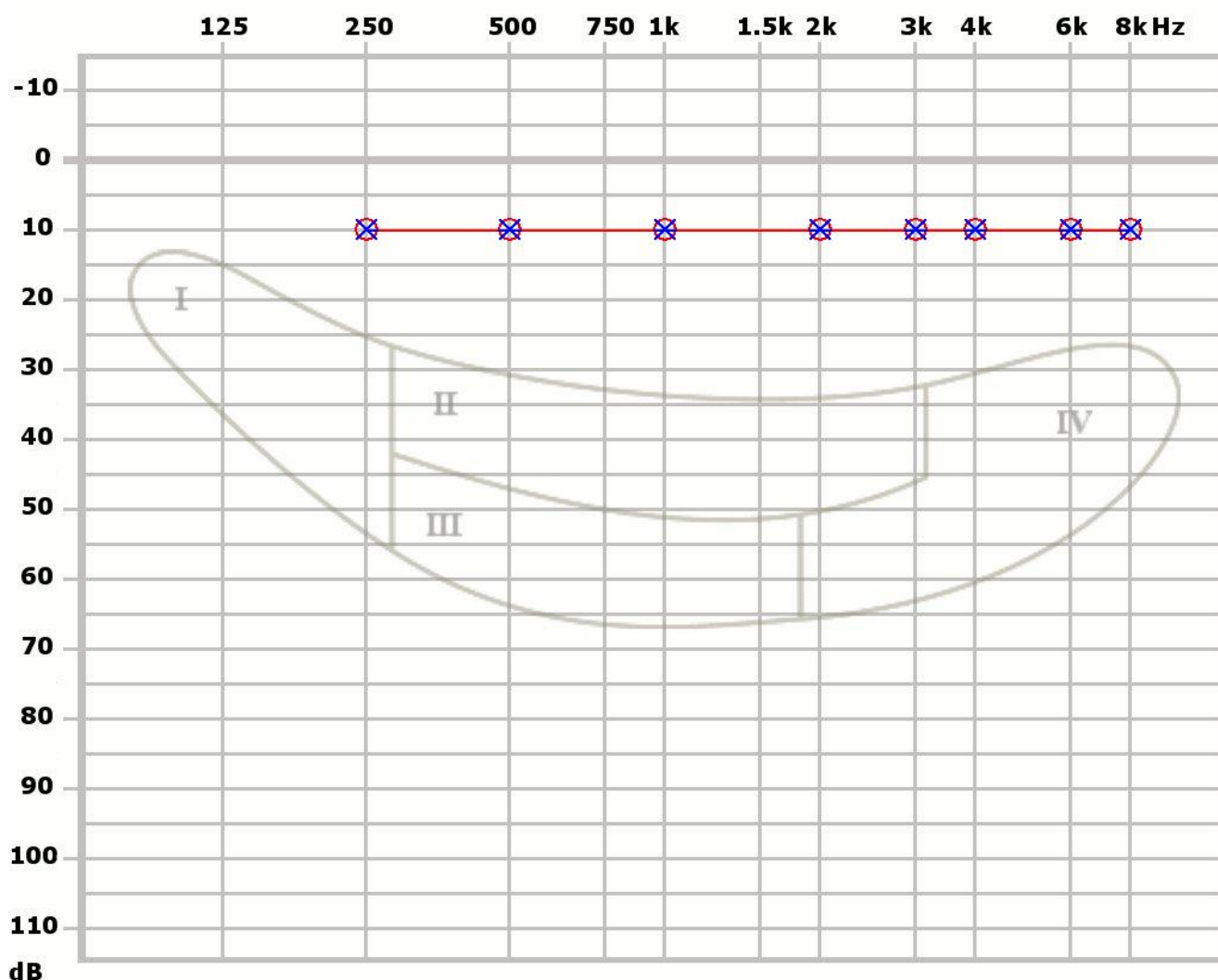
*Labsvar*

Remissid: 2015-128408

Signerad av: Anders Neilan, Företagsöverläkare

Ansvarig	Person																																	
Linda Karlsson Kommunhälsan Arenavägen 3 371 55 Karlskrona	19970527-3663 Vanja Nilsson Gamla Skeppsbrogatan 9 A 37133 KARLSKRONA																																	
Egna noteringar	Beräkningar																																	
CGM J4 - Entomed	<table><tr><td></td><td>Höger</td><td>Vänster</td></tr><tr><td>Tonmedelvärde:</td><td>10</td><td>10</td></tr><tr><td>Diskantmedelvärde:</td><td>10</td><td>10</td></tr><tr><td>Någon hörtröskel sämre än 90-percentil:</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Diskantmedelvärde sämre än 90-percentil:</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Förändring i diskantmedelv:</td><td colspan="2">Jämförelse ej möjlig</td></tr><tr><td>Föreligger hörselförsämring &gt;= 15 dB</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>inom någon av 0,5-8 kHz:</td><td colspan="2">Jämförelse ej möjlig</td></tr><tr><td>inom någon av 3-6 kHz:</td><td colspan="2">Jämförelse ej möjlig</td></tr><tr><td>Klockhoffs skadetal: 11</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Asymmetrisk hörselnedsättning: NEJ</td><td colspan="2"></td></tr></table>		Höger	Vänster	Tonmedelvärde:	10	10	Diskantmedelvärde:	10	10	Någon hörtröskel sämre än 90-percentil:	-	-	Diskantmedelvärde sämre än 90-percentil:	-	-	Förändring i diskantmedelv:	Jämförelse ej möjlig		Föreligger hörselförsämring >= 15 dB			inom någon av 0,5-8 kHz:	Jämförelse ej möjlig		inom någon av 3-6 kHz:	Jämförelse ej möjlig		Klockhoffs skadetal: 11			Asymmetrisk hörselnedsättning: NEJ		
	Höger	Vänster																																
Tonmedelvärde:	10	10																																
Diskantmedelvärde:	10	10																																
Någon hörtröskel sämre än 90-percentil:	-	-																																
Diskantmedelvärde sämre än 90-percentil:	-	-																																
Förändring i diskantmedelv:	Jämförelse ej möjlig																																	
Föreligger hörselförsämring >= 15 dB																																		
inom någon av 0,5-8 kHz:	Jämförelse ej möjlig																																	
inom någon av 3-6 kHz:	Jämförelse ej möjlig																																	
Klockhoffs skadetal: 11																																		
Asymmetrisk hörselnedsättning: NEJ																																		

○ = Höger, ✕ = Vänster, ○ = Tröskel ej uppnådd, höger, ✕ = Tröskel ej uppnådd, vänster



Ansvarig	Person
Linda Karlsson Kommunhälsan Arenavägen 3 371 55 Karlskrona	19970527-3663 Vanja Nilsson Gamla Skeppsbrogatan 9 A 37133 KARLSKRONA

1. Arbetat i kraftigt buller? ☐ Ja ☐ Nej  
Hur länge? (tid i år) ☐ 1-2 ☐ 2-5 ☐ 5-10 ☐ mer än 10
2. Utsatts för buller i militärtjänst? ☐ Ja ☐ Nej  
i samband med skytte eller andra ☐ Ja ☐ Nej  
detonationer?
3. Haft öronsjukdomar? ☐ Ja ☐ Nej
4. Föräldrar/syskon med medfödd ☐ Ja ☐ Nej  
hörselnedsättning?
5. Haft skullskador? ☐ Ja ☐ Nej
6. Yrsel? ☐ Ja ☐ Nej
7. Andra besvär som kan ha samband med ☐ Ja ☐ Nej  
buller?
8. Fritidsbuller? ☐ Ja ☐ Nej
9. Använder du hörselskydd? ☐ Ja ☐ Nej  
Om JA - under hur många år?  
Om JA - vilken sort? ☐ Vadd ☐ Propp ☐ Kåpa ☐ Annat
10. Svårighet att uppfatta samtal i grupp? ☐ Ja ☐ Nej
11. Anmäld till RFV år
12. Har tinnitus? ☐ Ja ☐ Nej  
Vänster sida ☐ Ja ☐ Nej  
Höger sida ☐ Ja ☐ Nej
13. Har ljudkänslighet? ☐ Ja ☐ Nej

**LABSVAR****Patient**

19970527-3663

Vanja Nilsson

**Remissid**

2015-128408

**Labsvarsstatus**

Slutsvar

**Anamnes**

Rutinkontroll efter utlandsvistelse i Frankrike

**Svarskommentar****Systemskapat lab****Analysnamn**

Faecesprov Salmonella/Shigella

**Resultat**

negativ

**Enhet****Ref.värde****Akut**

Nej

**Provtagnings**

tid 2015-07-17 08:00

**Analyskod**

88

## HÄLSODEKLARATION

Anställning i viss  
livsmedelshantering

## A Personuppgifter ifylls av den som skall undersökas

☒ Nyanställning

Förnamn Vanja	Efternamn Nilsson	Personnummer 19970527-3663
Utdelningsadress (Gata, box etc) Gamla Skeppsbrogatan 9 A	Postnummer 37133	Postort KARLSKRONA
Utbildning/Befattning/Yrke köksbiträde	Telefon (även riktnr): arbete	bostad
Söker anställning vid/Anställd vid DSF	Arbetsplats	

## B

Dina svar är belagda med tystnadsplikt och stannar helt mellan dig och den medicinska personalen

- 1 Har du haft diarré under mer än 4-5 dagar de senaste månaderna?..... ☐ Ja ☒ Nej
- 2 Har du varit utomlands det senaste halvåret?..... ☒ Ja ☐ Nej
- 3 Har du eller brukar du ha variga sår, finnar eller bölder på huden?..... ☐ Ja ☒ Nej
- 4 Har du eller brukar du ha rodnad, svullnad eller ömhet vid nagelbanden?..... ☐ Ja ☒ Nej
- 5 Har du eller brukar du ha utslag eller eksem?..... ☐ Ja ☒ Nej
- 6 Betraktar du dig som frisk?..... ☒ Ja ☐ Nej

Ytterligare upplysningar:

--

☒ Nyanst.   ☐ Poolanst.   ☐ Vik. Anst   ☐ Tim anställning

<b>Personuppgifter</b> 19970527-3663 Vanja Nilsson Gamla Skeppsbrogatan 9 A 37133 KARLSKRONA			
<b>Anställning</b> DSF		<b>Arbets art</b> köksbiträde	
<b>Tidigare arbete</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/> änka <input type="checkbox"/> sambo	<b>Barn, födelseår:</b>	<b>Körkort</b> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej	
<b>Rökare</b> <b>Mängd, sort/dag, vecka</b> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej	<b>Fysisk träning</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Motion</b> gym	<b>Timmar</b> <b>ggr/vecka</b>

<b>Vaccination År</b> <input type="checkbox"/> TBC År <input checked="" type="checkbox"/> Polio År <input checked="" type="checkbox"/> Stelkramp År <input type="checkbox"/> Hepatit B År <input type="checkbox"/> Hepatit A År <input type="checkbox"/> Hepatit A+B År <input type="checkbox"/> Fästingburen encefalit (TBE) År					
--	--	--	--	--	--

Har du besvärats av/behandlats för:

Ja	Nej	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hjärt/kärlsjukdom
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Högt blodtryck
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neurologisk sjukdom (t ex epilepsi)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Allergisk sjukdom (hösnuva)/astma
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hudsjukdom/eksem
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Muskel/led/ryggbesvär

Ja	Nej	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Annan långvarig eller allvarlig sjukdom
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sjukdom el besvär med anknytning till arbetet
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ofta förekommande infektioner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Övrigt

<b>Aktuell läkar- sjukhusbehandling (var, för vad?)</b>	
<b>Regelbunden medicinering (preparat, dos?)</b>	
<b>Kvarstående men efter sjukdom, olycksfall</b>	
<b>Sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna</b> Antal dagar	<b>Andra tillfällen</b>
<b>Känner du dig för närvarande frisk och arbetsför</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Längd 174	Vikt 68	Blodvärde 119	Syn Hö ua	Syn Vä ua	Audiogram ua	BT 107/60
-----------	---------	---------------	-----------	-----------	--------------	-----------

<b>TBC enkät</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> PPD-test <input type="checkbox"/> Lungröntgen	<b>Tjänstbarhetsintyg utfärdat den</b> 2015-06-24  Linda Karlsson , Företagssköterska	<b>Tjänstbarhetsundersökning utförts av:</b>
---	---	--

# AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

## Med ett "glas" menas

50 cl folköl, 33 cl starköl, 1 glas rött eller vitt vin, 1 litet glas starkvin, 4 cl sprit t.ex. whisky

HUR GAMMAL ÄR DU? 18 ÅR

☐ MAN

☒ KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input checked="" type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input checked="" type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input checked="" type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input checked="" type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input checked="" type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input checked="" type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input checked="" type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit på att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input checked="" type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande	Nej <input checked="" type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input checked="" type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

**HAR DU BESVARAT ALLA FRÅGOR? - TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.



## INTYG

## Undersökningen/Hälsokontrollen avser

☒ Nyanställning ☐ Anställning i viss livsmedelshantering

## Personuppgifter

Förnamn Vanja	Efternamn Nilsson	Personnummer 19970527-3663
Utdelningsadress (Gata, box etc) Gamla Skeppsbrogatan 9 A	Postnummer 37133	Postort KARLSKRONA
Utbildning/Befattning/Yrke köksbiträde	Telefon (även riktnr): <b>arbete</b>	Bostad
Söker anställning vid/Anställd vid DSF	Arbetsplats	

I Sökanden har i samband med nyanställningsundersökningen erhållit hygieninformation i enlighet med företagets egenkontrollprogram

## Medicinskt utlåtande

☒ Har sökanden bedömts inte ha sjukdom eller smitta som genom livsmedel kan överföras på människa. Hinder föreligger därför inte mot att han/hon sysselsätts.

☐ Hinder föreligger mot att sysselsättas i livsmedelshantering

## Datum och underskrift

Datum och läkarens/sjuksköterskans namnteckning	Namnförtydligande
<input type="checkbox"/> Leg läkare <input checked="" type="checkbox"/> Leg sjuksköterska	Telefon (även riktnr)



**Tjänstbarhetsintyg för anställning**  
Konfidentiell handling

19970527-3663  
Vanja Nilsson  
Gamla Skeppsbrogatan 9 A  
37133 KARLSKRONA

Sökt anställning	DSF
Intyget begärt av	Per Sjösäter
Rekommendationer	
<input checked="" type="checkbox"/>	Inga medicinska hinder för anställning
<input type="checkbox"/>	Inga medicinska hinder för vikariatsanställning
<input type="checkbox"/>	Föreslår provanställning i... ..mån p g a medicinska skäl
<input type="checkbox"/>	Avråder från anställning p g a medicinska skäl
<input type="checkbox"/>	Bör ej utföra
<p>Karlskrona 2015-06-24</p> <p>.....</p> <p>Linda Karlsson Företagssköterska</p>	