

# Attest vedrørende arbejde med ioniserende stråling

Undersøgelse af personer i henhold til Arbejdsministeriets bekendtgørelse nr. 206 af 23. marts 1990 om lægelig kontrol med ioniserende stråling, som ændret ved bekendtgørelse nr. 120 af 26. februar 2001.

Udfyldes af:

1. Arbejdsgiveren
2. Den beskæftige
3. Lægen
4. Arbejdstilsynet.

Lægeattesten skal foreligge senest 2 uger efter tidsbestilling. Arbejdet kan ikke påbegyndes før lægeattesten foreligger. Punkt 3 udfærdiges af virksomhedens tilknyttede læge eller den beskæftigedes egen læge.

Betaling påhviler arbejdsgiveren.

Attesten honoreres efter aftale med Lægeforeningens attestudvalg og betales kontant ved undersøgelsen. Ved henvisning til laboratorium påføres henvisningen virksomhedens navn med henblik på særskilt fakturering. Undersøgelsen skal normalt foregå i arbejdstiden.

## 1. Udfyldes af arbejdsgiveren inden lægekonsultationen

<b>Den beskæftiges</b>	Fulde navn	Fødselsdag og -år
	Adresse	Ansættelsesdato
<b>Virksomhedens</b>	Navn	
	Adresse	Telefonnummer
	Art	
<b>Virksomhedens tilknyttede læge, der foretager lægelig kontrol af de personer, der beskæftiges ved arbejde med ioniserende stråling</b>	Navn	
	Adresse	Telefonnummer
<b>Hvilke strålekilder kan der ske udsættelse for</b>	<input type="checkbox"/> Røntgen	
	<input type="checkbox"/> Åbne radioaktive kilder	Hvis ja, så serumkreatinin
	<input type="checkbox"/> Lukkede radioaktive kilder	
	<input type="checkbox"/> Protoner, neutroner eller tungere partikler	
	<input type="checkbox"/> Andet	
<b>Resultat af eventuel dosise- vervågning det sidste år</b>		

Sted og dato

Arbejdsgiverens underskrift

## 2. Udfyldes af den beskæftigede inden lægekonsultation

Har De tidligere udfyldt en tilsvarende blanket?  Nej  Ja, hvornår? \_\_\_\_\_

<b>Den beskæftigedes</b>	Fulde navn	Cpr. nr.
	Adresse	
<b>Nuværende virksomhed</b>	Navn	Telefonnummer
	Adresse	
<b>Alle tidligere beskæftigelser ved arbejde med ioniserende stråling</b>	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
<b>Nedenstående spørgsmål besvares ved afkrydsning i ja eller nej</b>		
<b>Har De</b>		
Øjensygdomme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hjerte- og blodkarsygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lungesygdomme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hudsygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sukkersyge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Nyresygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Problemer med at bruge arme og ben fuldt ud	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Epilepsi eller andre nervesygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Har De eller har De inden for de sidste fem år haft</b>		
Svimmelhedsanfald, besvimel- sestilfælde eller krampeanfald	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Psykiske sygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Dato \_\_\_\_\_

Den beskæftigedes underskrift givet i lægens påsyn \_\_\_\_\_

### 3. Lægens undersøgelse og erklæring

Lægeerklæringens formål er at give myndighederne oplysning om, hvorvidt den undersøgte er fysisk og psykisk egnet til at arbejde med ioniserende stråling.

Undertegnede læge har i dag undersøgt forannævnte, som

- er mig bekendt  
 ikke er mig bekendt.

Der ønskes oplysning om følgende forhold, idet der henvises til vejledningen side 4.

1. Synsstyrke		Uden korrektion	Med sædvanlig benyttet korrektion
	Højre øje		
	Venstre øje		
	Begge øjne samtidigt		

Foreligger der hos undersøgte:		Ja	Nej	Supplerende bemærkninger
2.	Synsfeltindskrænkning			
3.	Øjensygdom			
4.	Nedsat hørelse			
5.	Forstyrrelse af koordination og kraft i ekstremiteterne			
6.	Hjerte- og karsygdomme			
7.	Lungesygdom			
8.	Diæt-tablet- eller insulinbehandlet sukkersyge			
9.	Hudsygdom			
10.	Nedsat nyrefunktion			
11.	Epilepsi			
12.	Bevsthedsforstyrrelser eller svimmelhed			
13.	Anden nervesygdom			
14.	Psykisk sygdom, mental svækkelse mv.			
15.	Alkoholmisbrug eller brug af bevidsthedspåvirkende stoffer			
16.	Anden sygdom eller helbredsmæssige forhold, der kan påvirke arbejdsevnen			

#### 17. Blodstatus

Hb	Eryt	Leuc	Neutr.Sta	Neutr.Seg	Eos	Bas	Lymfoc	Monoc	Thromboc
mmol/l	10 <sup>12</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l	10 <sup>9</sup> /l

18. Serumkreatinin. Resultat: \_\_\_\_\_

Eventuelle supplerende oplysninger

Er der påvist noget abnormt ved undersøgelsen  Ja  Nej

\_\_\_\_\_, den / \_\_\_\_\_ Lægens stempel Lægens underskrift

Lægen skal sende attesten i underskrevet stand og i lukket kuvert til Arbejdstilsynet, Videngrundlag, Landskronagade 33, 2100 København Ø

Attesten er godkendt af Den Almindelige Danske Lægeforenings attestudvalg.  
ID-nummer 03.01.11.01

## Vejledning til lægen

1. Begge øjne prøves både hver for sig og samtidig. Synsstyrken angives *enten* som en brøk, hvis tæller er 6, og hvis nævner er tallet på linjen med de mindste bogstaver, som i sin helhed kan læses af undersøgte, *eller* som et decimaltal.
2. Lægen stiller sig over for undersøgte og prøver med små fingerbevægelser undersøgtes synsfelt. Hvert øje prøves for sig. Undersøgte skal kunne angive, om fingeren bevæges eller holdes stille. Grænserne prøves i lodret og vandret retning samt nedadtil tillige i skrå retning.
3. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har øjensygdom af betydning for synet.
4. Begge ører prøves samtidig i 4 meters afstand og uden brug af høreapparat. Besvares bekræftende, hvis almindelig talestemme ikke kan forstås.
5. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har nedsat herredømme over eller nedsat kraft i ekstremiteterne af betydning for arbejdsevnen.
6. Besvares bekræftende, hvis undersøgte fx har alvorlige forstyrrelser i hjerterytmen, blodtryksforstyrrelser eller angina pectoris, eller hvis undersøgte har haft hjerteinfarkt, bruger pacemaker eller har gennemgået hjerteoperationer.
7. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige lungesygdomme af betydning for arbejdsevnen.
8. Besvares bekræftende, hvis der er konstateret sukkersyge hos undersøgte.
9. Besvares bekræftende ved lidelser, hvor der er øget risiko for absorption på grund af defekt hudbarriere.
10. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlig nyreinsufficiens, der kræver regelmæssig lægekontrol.
11. Besvares bekræftende ved grand mal (kramper med bevidsthedstab), ved petit mal (absencer) og ved andre epileptiske manifestationer.
12. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har andre bevidsthedsforstyrrelser eller svimmelhed inden for de sidste fem år.
13. Besvares bekræftende, hvis der foreligger oplysninger om andre nervesygdomme, som kan påvirke arbejdsevnen.
14. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige psykiske sygdomme, er psykisk udviklingshæmmet, alvorlig mentalt retarderet, alderdomssvækket eller har alvorlig svækket dømmekraft.
15. Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedsforhold (kronisk alkoholisme) eller at undersøgte er misbruger af eller indtager bevidsthedspåvirkende stoffer eller lægemidler i et omfang, der påvirker arbejdsevnen.

### Arbejdstilsynets notater – arbejdslægen

Da der intet abnormt er påvist, er den undersøgte efter mit skøn egnet til det anførte arbejde.

Selv om der er påvist \_\_\_\_\_, er den undersøgte efter mit skøn egnet til det anførte arbejde under forudsætning af: \_\_\_\_\_

Da der er påvist \_\_\_\_\_, er arbejdsevnen indskrænket således, at undersøgte efter mit skøn ikke er egnet til det anførte arbejde.

Dato: \_\_\_\_\_

Arbejdslægens underskrift: \_\_\_\_\_