

SØFARTSSTYRELSEN

Lægeattest til brug ved undersøgelse af søfarende og fiskere

Afsnit A og B udfyldes af den undersøgte

Kun for personer på 16 år og derover

A	Efternavn	Fornavn	Personnummer	M/K
	Stilling		Statsborgerskab	
	Bopæl: gade, nr.	Postnr. og by	Land	

B	EGEN ERKLÆRING	Nej	Ja	Hvornår (år)	EGEN ERKLÆRING - fortsat	Nej	Ja	Hvornår (år)
	Har De tidligere sejlet med danske skibe				Øjenlidelser			
	Har De tidligere gennemgået lægeundersøgelse for søfarende				Dårlig ryg, herunder lumbago og iskias			
	Er De ved en tidligere lægeundersøgelse erklæret for uegnet til skibstjeneste eller egnet med begrænsninger				Epilepsi eller andre krampetilfælde			
	Har De været indlagt på hospital				Psykiske lidelser for hvilke De er lægebehandlet			
	Har De inden for de sidste 2 år haft sammenhængende sygeperioder på mere end 30 dage				Alkohol- og narkotikamisbrug for hvilket De er blevet behandlet			
	Har De vanskeligheder ved orientering i nedsat betyning				Overfølsomhed, herunder astma			
	Har De eller har De haft følgende sygdomme				Eksem			
	Lungesygdomme, herunder lunge-tuberkulose				Alvorlige skader, som har eftervirket vægten			
	Mave- og tarmsygdomme, herunder mavesår				Bruger De medicin regelmæssigt			
	Hjerte og kredsløbslidelser				Jeg giver hermed mit samtykke til at oplysnings om tidligere sygdomme kan indhentes fra læger, hospitaler, andre behandlingsinstitutioner og offentlige myndigheder			
	Nyre- og blæresygdomme				Dato			
	Sukkersyge				Den søfarende underskrift			
	Ørelidelser							

Afsnit C udfyldes af lægen

C Lægens undersøgelse										
Er den undersøgte kendt af Dem og benytter Dem som læge?					<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
Den undersøgte er mig ubekendt, men har over for mig angivet sin identitet ved forvisning af					<input type="checkbox"/> Dansk søfartsbog <input type="checkbox"/> Færrebevis <input type="checkbox"/> Pas					
Højde (cm)		BMI		Undersøgelse af syn og hørelse						
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		Bræk		Hørelsen (se V 1.)		Sædv. talestemme		Sædv. talestemme på 4 m afstand		Otoscopi
Reflekser		Rygskøjle		Uden høreapparat						Højre øre
Evt. bemærkninger					Med høreapparat				Venstre øre	
					Resultat <input type="checkbox"/> Skikket til udkig <input type="checkbox"/> Ej udkig <input type="checkbox"/> Ej udkig og maskintjeneste					
					Er den undersøgte efter Deres skøn egnet til skibstjeneste? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
					Hvis «nej» anføres 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)										

Undersøgelsen må i Danmark kun foretages af de særlige autoriserede søfartslæger

Ved lægeundersøgelse i Danmark indsender søfartslægen attesten til Søfartsstyrelsen, der derefter anviser lægen det fastsatte honorar.