

## ARBETE - HÄLSA - LIVSSTIL - AHL

Ansvarig företagssköterska  
(ifylles av Lundakliniken)

Namn		Man <input type="checkbox"/>
		Kvinn <input type="checkbox"/>
Personnummer (10 siffror)	Ålder	Civilstånd
		Gift/sambo <input type="checkbox"/>
		Ensamboende <input type="checkbox"/>
		Har du barn under 18 år som bor hemma <input type="checkbox"/>
Adress	Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon arbete	
Mobiltelefon	e-postadress	

Företag	Avdelning/enhet på företaget		
Sysselsättning/Yrke	Anställd sedan		
Heltid <input type="checkbox"/>	Deltid <input type="checkbox"/>	Övertid genomsnitt per vecka	
	.....%	1 - 4 timmar <input type="checkbox"/>	5 timmar eller mer <input type="checkbox"/>
Nattarbete <input type="checkbox"/>	Skiftarbete <input type="checkbox"/>		

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

Ja Nej 

Datum för ifyllandet

Underskrift

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar sid 1 AHL

**HÄLSA**

	Ja	Nej
<b>1 Har någon av Dina föräldrar/syskon/släkt?</b> Ev. kommentar skriv på den streckade linjen!		
a Høgt blodtryck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Diabetes/sockersjuka.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Hjärt-kärlsjukdom-blodpropp-stroke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Höga blodfetter/kolesterol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Cancer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Övervikt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Allergi/Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Ämnesomsättning/Sköldkörtel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Annan sjukdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar fråga 1 a - i

<b>2 Har Du varit sjuk = hemma från jobbet under de senaste 2 åren?</b>	Ja	Nej
Om ja, hur många dagar ungefär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mindre än 5 dagar <input type="checkbox"/>		
mer än 5 dagar <input type="checkbox"/>		

<b>3 Har Du tidigare varit långvarigt/allvarligt sjuk?</b>	Ja	Nej
Om ja, vad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4 Har Du senaste 6 månaderna haft någon form av återkommande besvär/symptom i form av t.ex.?</b>	Ja	Nej
Om du svarar ja på någon fråga skriv kommentar på den streckade linjen!		
a Huvudvärk?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Allergi/Astma?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Rygg/nacke/axlar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Nedstämdhet/oro/ångest?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Trötthet/sömnstörning?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Eksem/Hudbesvär?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Mag-tarmbesvär?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Urinvägsbesvär?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Ofrivillig viktnedgång?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Ledbesvär?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k Ögon?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l Öron?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar fråga 2 - 4

<b>5 Aktuella mediciner ange både regelbunden och vid behovs medicinering. Om ja, ange vilka (namn - styrka - dos):</b>	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>6 Aktuella/Nuvarande sjukdomar. Om ja, ange vilken/vilka sjukdom/ar:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

<b>7 Tidigare sjukdomar. Om ja, ange vilken/vilka sjukdom/ar och när:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

<b>8 Tidigare vårdad på sjukhus. Om ja, ange varför och när:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar fråga 5 - 8



## LIVSSTIL

**1 Har Du stressymptom som t.ex. koncentrationssvårigheter, oro eller är lättirriterad?**

Aldrig  Sällan  Då och då  Ofta  Mycket ofta

Ja Nej

**2 Har Du ork över till Din fritid?**

**3 Kan Du koppla av från arbetet när du är ledig/på Din fritid?**

Aldrig  Sällan  Då och då  Ofta  Mycket ofta

Ja Nej

**4 Upplever Du Dina kostvanor som bra?**

Om nej, på vilket sätt?

**5 Röker Du?**

Ja Nej

Om ja, hur mycket?

Feströkare  1-5 cig/d  6-10 cig/d  11-20 cig/d

Om nej, har du tidigare varit rökare?

När slutade du?.....Hur mycket rökte du?.....Hur länge rökte du?.....

Ja Nej

**6 Snusar Du?**

Om ja, hur mycket?

1 dosa/v  3 dosor/v  1 dosa/dag

Om nej, har du tidigare varit snusare?

När slutade du?.....Hur mycket snusade du?.....Hur länge snusade du?.....

**7 Hur ofta dricker Du alkohol (öl, vin eller starksprit)?**

Aldrig  1g/mån eller mindre  2-3 ggr/månad   
1 gång/v  2-3 ggr/v  4 ggr/vecka eller mer

Hur många **glas** dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol? \_\_\_\_\_

Med ett "glas" menas:



50 cl  
folköl



33 cl  
starköl



1 glas rött  
el vitt vin



1 litet glas  
starkvin



4 cl sprit,  
t. ex. whisky

**8 Hur ofta motionerar du?**

Aldrig  Sporadiskt  1 g/v  2 ggr/v  3-5 ggr/v  mer än 5 ggr/v

Typ av motion (tex. löpning, styrka, gruppgymnastik)

**9 Upplever Du din hälsa som.....**

Mycket dålig  Dålig  Varken bra eller dålig  Bra  Mycket bra

**Om Du skulle vilja förbättra Din hälsa vad skulle Du då vilja ha hjälp med:**

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar fråga 1 - 9

## FYSISK ARBETSMILJÖ

Kryssa det som regelbundet förekommer i ditt arbete.

Om du utsätts för något av nedanstående ange då också om det besvärar dig och kryssa i rutan "Besvär".

	Ja	Nei	Besvär
1 Buller/irriterande eller störande ljud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vibrationer (fordon, verktyg mm)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Luftföroreningar (damm, gaser mm)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Klimatproblem - ventilation (kyla, värme)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kemikalier (oljor, lösningsmedel och dylikt)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Dålig belysning?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Synkrävande arbete (t.ex. detaljarbete)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bildskärmsarbete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tungt lyft eller större muskelansträngning?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Obekväma arbetsställningar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ensidig arbetsrörelser?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hur bedömer du olycksfallsrisken i Ditt arbete?			
Obefintlig <input type="checkbox"/>	Liten <input type="checkbox"/>	Stor <input type="checkbox"/>	Mycket stor <input type="checkbox"/>

## PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
1 Trivs Du på Din arbetsplats?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Upplever Du arbetet utmanade/stimulerande?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har Du delaktighet och medbestämmande i arbetet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Får Du om Du behöver, hjälp och stöd av Din chef?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Får Du om Du behöver, hjälp och stöd av dina arbetskamrater?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Får Du veta om Du gör ett bra arbete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Får Du veta om Du gör ett dåligt arbete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Stressar Du på jobbet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Känner Du oro för att bli utsatt för hot och våld i Ditt arbete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Upplever Du oro för Din framtida arbetssituation?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei			
11 Är Du utsatt för mobbing på Din arbetsplats?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Frågor jag vill diskutera angående min fysiska och psykosocial arbetsmiljö:**

**Vill du bli kallad för hälsokontroll i fortsättningen?**

Ja

Varje år

Vart annat år

Vart 3:e år

Nej

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar Fysiska Arbetsmiljö fråga 1 - 12

Sjuksköterskans/läkarens anteckningar Psykosocial Arbetsmiljö fråga 1 - 12