



Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2023:15

Medicinsk kontroll beställs till följd av:

[Arbete med vibrerande verktyg eller maskiner enligt 3 kap 1 §](#)

Beställningsdatum	
Arbetsplats	Arbetsgivarens kontaktuppgifter Namn: Adress: E-post: Tel.nr:
Arbetstagarens namn	
Arbetstagarens personnummer eller motsvarande	

	Ja	Nej
Har genomgång tillsammans med Regionhälsan utförts runt exponering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har arbetsgruppen erbjudits medicinsk kontroll via Regionhälsan tidigare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är det första gången arbetstagaren erbjuds undersökning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilka verktyg nyttjas? _____

Hur många minuter nyttjas verktyget per dag? _____

Individuell riskbedömning för arbetstagaren

I beställningen ingår att **arbetstagaren** ska:

- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen
- få rådgivning när detta behövs.

I beställningen ingår att **arbetsgivaren** ska:

- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen på gruppnivå
- få förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön.

Beställarens namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____