

ANMELDELSE AF ERHVERVSSYGDOM

		Udfyldes af patienten:
1. Patienten		
	Navn	
	Cpr.nr.	
	Telefon	
3. Erhvervssygdommen		
	Diagnose	
	Legemiddel	
	Påvirkning(er) (f.eks. ensidigt gentaget arbejde, stressende arbejdsforhold)	
	Har der været flere påvirkninger?	
	Er patienten stadig udsat for påvirkning?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
	Påvirkning begyndt – årstal	
	Hvilke arbejdsforhold har ført til sygdommen? (f.eks. plejearbejde med mange personløft)	
	Hvor på arbejdspladsen er påvirkningerne sket? (f.eks. på lageret eller hos forskellige kunder)	
4. Patientens arbejde i påvirkningsperioden		
	Job (f.eks. mekaniker, bager, kontorarbejde)	
5. Patientens arbejdsgiver (e) i påvirkningsperioden		
	Påvirkningen er sket hos	<input type="radio"/> En arbejdsgiver <input type="radio"/> Flere arbejdsgivere
	Seneste arbejdsgiver, hvor påvirkningen er sket.	