



FINSPÅNG

Finspångs kommun

612 80 Finspång

kommun@finspang.se, 0122-850 00

Hälsodeklaration vid anställning i företag med viss livsmedelshantering

* = Obligatorisk uppgift

Hälsodeklarationen fylls i av den som ska undersökas och behålls av läkaren eller sjuksköterskan.

Hälsodeklarationen avser*

Nyanställning

Hälsokontroll

A Personuppgifter

Förnamn*	Postnummer*
Efternamn*	Postort*
Personnummer*	Telefon (även riktnummer)*
Utdelningsadress*	E-postadress
Utbildning/befattning/yrke*	
Söker anställning vid/anställd vid*	Arbetsplats*

Inera AB 812326 v3 1601

B Hälsodeklaration*

Dina svar är belagda med tystnadsplikt och stannar mellan dig och den medicinska personalen

1	Har du haft diarré fler än 4-5 dagar de senaste månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2	Har avföringen den senaste tiden varit lösare än vanligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3	Har du varit utanför Norden det senaste halvåret?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4	Har någon som du delar bostad med haft diarré fler än 4-5 dagar den senaste månaden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5	Har du husdjur (t.ex. hund, katt, fåglar, reptiler, fiskar)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6	Har du haft ont i halsen med feber fler än 3 gånger det senaste halvåret?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7	Brukar du ha hosta fler än 3 veckor efter förkylning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
8	Hostar du upp mycket slem varje dag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9	Är du skärmbildsundersökt eller lungröntgad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10	Om ja, ange om möjligt datum och plats		
11	Föranledda skärmbildsundersökningen eller lungröntgen någon ytterligare undersökning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
12	Har du eller brukar du ha variga sår, finnar eller bölder på huden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13	Har du eller brukar du ha rodnad, svullnad eller ömhet vid nagelbanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14	Har du eller brukar du ha utslag eller eksem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
15	Betraktar du dig som frisk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
16	Ytterligare upplysningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
17	Om ja, ange vad		

Härmed försäkrar jag att ovan lämnade uppgifter är sanningsenliga

Datum och underskrift*

Namnförtydligande*



F I N S P Å N G

Finspångs kommun

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.