

A	Efternavn	Fornavn(e)		Personnummer	Køn M/K			
	Stilling			Statsborgerskab				
	Bopæl: Gade, nr.		Postnr. og by		Land			
B	<b>EGEN ERKLÆRING</b>	Nej	ja	Hvornår (år)	<b>EGEN ERKLÆRING - fortsat</b>	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 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 sygeperiode på mere end 30 dage..				Alkohol- og narkotikamisbrug for hvilket De er blevet lægebehandlet.....			
	Har de vanskeligheder ved orientering i nedsat belysning...				Overfølsomhed, herunder astma.....			
	Har de eller har De haft følgende sygdomme				Eksem.. .....			
	Lungesygdomme, herunder lunge-tuberkulose (TB)				Alvorlige skader, som har efterladt varige mén.....			
	Mave- og tarmsygdomme, herunder mavesår.....				Bruger De medicin			
	Hjerte- og kredsløbslidelser .....				Jeg giver hermed mit samtykke til, at oplysninger om tidligere sygdomme kan indhentes fra læger, hospitaler, andre behandlings-institutioner og offentlige myndigheder.			
	Nyre- og blæresygdomme....				Dato: _____ Den søfarendes underskrift: _____			
	Sukkersyge.....							
Ørelidelser.. .....								

## Afsnit C udfyldes af lægen

<b>Lægens undersøgelse ( Se liste over helbredskravene for søfarende og fiskere)</b>							
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 overfor mig godtgjort sin identitet ved forevisning af .....				<input type="checkbox"/> Dansk søfartsbog <input type="checkbox"/> Førerbevis <input type="checkbox"/> Pas			
Højde (cm):		BMI		Undersøgelse af syn og hørelse			
Vægt (kg):				Farvesyn (Ishihara) Farveblind <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Urin	Alb.		Hjerte	Synsfelt Normalt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
	Sukker		Lunger	Synsstyrke (se V 4.)	Uden korrektion	Med sædvanlig benyttet korrektion	
Blodtryk			Abdomen (Maven)	Højre øje.....			
Tænder			Hud	Venstre øje.....			
Øjne			Ekstremiteter	Begge øjne sammen			
Mundhule			Brok	Hørelsen (se V1)	Sædv. talestemme	Sædv. talestemme 4 m afstand	Otoscopi
Reflekser			Rygsøjlen	Uden høreapparat			Højre øre
Evt. Bemærkninger				Med høreapparat			Venstre øre
				Resultat: <input type="checkbox"/> Skikket til udkik <input type="checkbox"/> Ej udkik <input type="checkbox"/> Ej udkik 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	
Sundhedsbevis: udstedt / påtegnet				Dato, Lægens Stempel og underskrift			
Attesten er et tillæg til lægens journal. Ved lægeundersøgelse foretaget i Danmark må attesten ikke sendes til Søfartsstyrelsen.				(Det ikke foretagne udstreges)			