

Vottorð til Samgöngustofu

TRÚNAÐARMÁL

Læknisvottorð atvinnukafara

Nafn og kennitala _____

Heimili _____

Gildandi skirteini frá árinu _____

Hæð	Þyngd	Blóðþrýstingur	Púls	Öndun	Almennt heilsufar
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Höfuð og háls	_____		Hjarta		_____
Lungu	_____		Rödd (loftskeytamaður)		_____
Útlimir:	Handleggir _____		Fótleggir _____		

Sjón Síðasta skoðun á augum og sjón fyrir _____ árum

Saga	Nei	Já		Nei	Já
Sjóntruflanir	_____	_____	Rökkursjón eðlileg	_____	_____
Breytingar sjónskerpu	_____	_____	Notar gleraugu/linsur	_____	_____

Sjónskerpa	Án leiðréttingar	Með gleraugum eða linsum
	Hægra auga _____	Hægra auga _____
	Vinstra auga _____	Vinstra auga _____

Lestrarsjón	Í 30-40 cm fjarlægð _____ (a.m.k. N.5, 1,5 mm háa hástafi)	Í 30-40 cm fjarlægð _____ (a.m.k. N.5, 1,5 mm háa hástafi)
	Í 100 cm fjarlægð: _____ (a.m.k. N.14, 4 mm háa hástafi)	Í 100 cm fjarlægð: _____ (a.m.k. N.14, 4 mm háa hástafi)

Skoðun	Eðlileg	Vafi	Óeðlileg
Litskyggni	_____	_____	_____
Sjónsvið	_____	_____	_____
Rökkursjón	_____	_____	_____

Eyru og heyrn Síðasta skoðun fyrir _____ árum Síðasta heyrnarmæling _____

Saga	Nei	Já		Nei	Já
Heyrnartap	___	___	Eyrnabólgur	___	___
Vinna í hávaða	___	___	Eitrun	___	___
Sprengingar	___	___	Aðrir sjúkdómar	___	___
Byssunotkun	___	___	Svimi	___	___

Skoðun:	Eðlileg	Vafi	Óeðlileg
Hægri hljóðhimna	___	___	___
Vinstri hljóðhimna	___	___	___
Eyrnagangar	___	___	___

Heyrnarmæling Gerð mælis _____

Tíðni:	0,5 kílórið	1 kílórið	2 kílórið	3 kílórið	4 kílórið
Heyrnar- þröskuldur	___	___	___	___	___

_____ Heyrnarprófið er gert með heyrnartæki og ber að endurtaka eftir 2 ár.

Almennt heilsufar Síðasta skoðun fyrir _____ árum

Eftir því sem næst verður komist í sögu og við skoðun er umsækjandi ekki með geðsjúkdóm, ofdrykkju- eða vímuefnavandamál, taugasjúkdóm, hjarta- eða æðasjúkdóm eða annan þann sjúkdóm er stefnt gæti honum eða öðrum í hættu vegna stöðu hans.

Ályktun _____ Umsækjandinn uppfyllir skilyrði er gerð eru fyrir atvinnukafaraskírteini

_____ Umsækjanda er vísað til sérfræðings í _____
til nánari rannsóknar. (sérgrein)

Staður og dagsetning og
nafn læknis og númer, allt
með eigin hendi (undirskrift) _____

Póstfang _____

Um skilyrði um sjón, heyrn og aðrar heilbrigðiskröfur gilda eftirfarandi reglur:
Reglugerð um köfun, 531/2001, 17. gr. og III. viðauki.