

Vottorð til Samgöngustofu
Læknisvottorð atvinnukafara

TRÚNAÐARMÁL

Nafn		Kennitala
Heimilisfang	Póstnúmer	Staður

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

Sjón

Síðasta skoðun á augum og sjón fyrir _____ árum.

Saga	Nei	Já	Saga	Nei	Já
Sjóntruflanir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rökkursjón eðlileg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breytingar sjónskerpu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notar gleraugu / linsur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjónskerpa	Án leiðréttingar		Með gleraugum / linsum		
	Hægra auga		Hægra auga		
	Vinstra auga		Vinstra auga		

Lestrarsjón

Í 30-40 cm fjarlægð:	Eðlileg	Vafi	Óeðlileg
(a.m.k. N.5, 1,5 mm háa hástafi)			
Í 100 cm fjarlægð:			
(a.m.k. N.14, 4 mm háa hástafi)			
Litskyggni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjónsvið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökkursjón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bls 1 af 2.

Vottorð til Samgöngustofu
Læknisvottorð atvinnukafara

Eyru og heyrn					
Síðasta skoðun fyrir _____ árum.			Síðasta heyrnarmæling _____.		
Saga	Nei	Já	Saga	Nei	Já
Heyrnartap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyrnabólgur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinna í hávaða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eitrun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprengingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aðrir sjúkdómar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byssunotkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoðun	Eðlileg		Vafi	Óeðlileg	
Hægri hljóðhimna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vinstri hljóðhimna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eyrnagangar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heyrnarmæling					
Gerð mælis:					
Tíðni:	0,5 kílórið	1 kílórið	2 kílórið	3 kílórið	4 kílórið
Heyrnarþröskuldur					
<input type="checkbox"/>	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					
<input type="checkbox"/>	Umsækjandinn uppfyllir skilyrði er gerð eru fyrir atvinnukafaraskírteini				
<input type="checkbox"/>	Umsækjanda er vísað til sérfræðings í _____ til nánari rannsóknar. <i>(sérgrein)</i>				
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, 535/2001, 17. gr. og III. viðauki.					