

Blanketten gäller för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter som undersöks enligt kraven i Kommissionens genomförandeförordning (EU) nr 2019/773 ("TSD Drift").

Närmare bestämmelser om vilka arbetsuppgifter som omfattas framgår av järnvägsföretagets respektive infrastrukturförvaltarens säkerhetsstyrningssystem.

Blanketten ska skickas till arbetsgivaren.

Personuppgifter för den som undersöks

Namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
------	------------------------------

Beställare av undersökning

Företag	Närmsta chef
Adress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer (inklusive riktnummer)	Mobiltelefonnummer

Anledning till läkarundersökningen

<input type="checkbox"/> Förstagångsundersökning inklusive inledande psykologisk bedömning enligt TSD Drift 4.7.2.1	<input type="checkbox"/> Periodisk undersökning enligt TSD Drift 4.7.2.2
<input type="checkbox"/> Ytterligare medicinsk undersökning och/eller psykologisk bedömning enligt TSD Drift 4.7.2.2.3	<input type="checkbox"/> Beställd konsultation (ev. remitterad undersökning) på uppdrag av närmsta chef

Arbetsuppgifter och bedömningsstöd

<input type="checkbox"/> Bedömning enligt TDOK 2014:0230, bilaga B Kategori(er) av arbetsuppgifter (se <i>Bilaga B, Läkares bedömningsunderlag</i>): <input type="checkbox"/> H1, framföra fordon <input type="checkbox"/> H2, leda eller övervaka spårtrafik <input type="checkbox"/> H3, bedöma trafiksäkerheten hos fordon eller spåranläggningar <input type="checkbox"/> H4, i övrigt bedriva trafik och arbete på spår	<input type="checkbox"/> Bedömning enligt UIMC Railway medical guidelines Kategori av arbetsuppgifter (se <i>Preface, General remarks</i>): <input type="checkbox"/> Group A, high safety risk <input type="checkbox"/> Group B, safety risk Observera: Ansvarigt järnvägsföretag/ansvarig infrastrukturförvaltare beslutar vilket bedömningsstöd som ska användas och placerar in personens arbetsuppgifter i respektive kategori.
--	---

Undersökningens resultat

Den undersökte uppfyller ställda medicinska hälsokrav <input type="checkbox"/> Ja, fullt ut <input type="checkbox"/> Ja, med förbehåll (1) <input type="checkbox"/> Ja, efter undersökande läkares kompletterande bedömning (2) <input type="checkbox"/> Ja, efter beställd konsultation (ev. remitterad undersökning) på uppdrag av närmsta chef (3) <input type="checkbox"/> Nej	Den undersökte uppfyller ställda psykologiska hälsokrav <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen psykologisk bedömning genomförd
---	--

Personnummer (AAAA MMDD-XXXX)

Förbehåll och krav med kommentarer (1)

- Ska i tjänsten bära glasögon eller kontaktlinser
- Ska i tjänsten använda hörhjälpmedel
- Defekt färgseende

Läkarens kommentarer:

Undersökande läkares ställningstagande utifrån genomförd kompletterande bedömning (2) eller genomförd konsultation (ev. remitterad undersökning) (3)

Undersökande läkares ställningstagande utifrån genomförd underkänd undersökning

Underskrift av läkare

Datum	Telefonnummer (inklusive riktnummer)
Adress (företagshälsovård)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> Läkarens underskrift Läkarens namnförtydligande </div>	

Jag har tagit del av angivna förbehåll och ställningstaganden och förbinder mig att följa dem

Datum	Mobiltelefonnummer
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> Den undersöktes underskrift Den undersöktes namnförtydligande </div>	