

Egenerklæring for personer i petroleumsvirksomheten til havs

Self declaration for persons working in petroleum activities offshore

Etternavn Surname	<input type="text"/>	Alle fornavn First name(s)	<input type="text"/>	Fødselsdato Date of birth	<input type="text"/>
Adresse Address	<input type="text"/>		Nasjonalitet Nationality	<input type="text"/>	Telefon Mobile
Arbeidsgiver Employer	<input type="text"/>				
Arbeids- og beredskapsoppgaver Work and emergency duties	<input type="text"/>				

Har du hatt følgende tilstander? (kryss av for svaret, og hvis ja, fra hvilket år) Have you had the following conditions? (make a check mark, and if yes, from which year)	Nei/ No	Ja/ Yes	Årstall Year
Behov for briller og/eller kontaktlinser / Dependent on glasses and/or contact lenses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Nedsatt synsfelt/blindhet / Limited field of vision/blindness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Nedsatt hørsel / Impaired hearing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Brystsmerter, hjerteinfarkt, stent eller bypass / Chest pain, heart attack, stent or bypass surgery	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Uregelmessig puls, hjerteflimmer / Irregular heart rate, atrial fibrillation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Høyt blodtrykk / High blood pressure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Blodpropp / Blood clot or thrombosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hjerneinfarkt, hjerneblødning, drypp (TIA), forbigående synstap / Ischemic stroke, brain haemorrhage, drip (TIA), transient loss of vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Besvimelse, svimmelhet, epilepsi / Black out, fainting, dizziness, epilepsy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, Asperger, psykose / Psychological disorders such as anxiety, depression, ADHD, Asperger's, psychosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Vansker med sosiale situasjoner, hukommelse, konsentrasjon, irritasjon eller sinne / Difficulties with social situations, memory, concentration, irritability or anger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Diabetes / Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Lungesykdommer, astma / Diseases of the lung, asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Redusert førlighet, smerter i muskler og ledd / Reduced mobility, pain in muscles and joints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kroniske infeksjoner eller bærertilstander (Tuberkulose, HIV, hepatitt, salmonella, etc) / Chronic infections or carrier states (Tuberculosis, HIV, hepatitis, salmonella, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Alvorlige skader, hjernerystelse / Serious injury, concussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Tannproblemer / Dental problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Har en lege noen gang konkludert med at du er uskikket for arbeid offshore? /
Has a doctor ever concluded that you are unfit for work offshore?

ja/yes nei/no

Har du noen gang blitt nektet å reise offshore eller blitt sendt i land for noe helserelatert? /
Have you ever been denied to travel offshore or returned onshore for health related reasons?

ja/yes nei/no

Kvinner: Er du gravid? / *Women: Are you pregnant?*

ja/yes nei/no

Har du vært behandlet av lege eller innlagt på sykehus de siste 2 år? /
Have you been treated by a doctor or hospitalized the last 2 years?

ja/yes nei/no

Hvis ja, når?
If yes, when

Hvor?
Where?

For hva?
For what?

Har du vært sykmeldt mer enn 2 uker det siste året? /
Have you been on sick leave more than 2 weeks the past year?

ja/yes nei/no

For hva? /
For what?

Tar du tabletter, sprøyter eller annen form for medisin nå? /
Are you taking any drugs, injections, medicines or tablets now?

ja/yes nei/no

Hvilke? /
Which?

Antall alkoholenheter en vanlig uke / *Units of alcohol a typical week*

under 12 12-21 over 21

Har du brukt narkotiske stoffer eller illegale medikamenter (hasj, piller, etc) siste 12 mnd? /
Did you use any narcotics or other illegal substances during (hashish, pills, etc) last 12 months?

ja/yes nei/no

Nærmere opplysninger om sykdom eller skader / *Further information concerning illness or injuries:*

Fastlege (navn og adresse) /
Family doctor (GP) (name and address)

Jeg erklærer at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg samtykker i at opplysninger om tidligere sykdommer om nødvendig kan innhentes fra offshorehelsetjenesten, trygdekontor (NAV), lege, sykehus eller annen helseinstitusjon. /
I declare that the informasjon given above is correct. I consent to information concerning previous illness being obtained from offshore health services, insurance companies, doctors, hospitals or any other health institution.

Dato / *Date*

Underskrift /
Signature