

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

E. EGENERKLÆRING			
Har du, eller har du noen gang hatt en eller flere av de følgende tilstandene?			
Nr.	Tilstand	Ja:	Nei:
1.	Øye-/synsproblemer		
2.	Gjennomgått synskorrigerende operasjon? Hvis ja, besvar 2a, 2b og 2c		
2a	Problemer med synet i mørket i forhold til slik det var tidligere		
2b	Komplikasjoner etter operasjonen		
2c	Behov for en ny synskorrigerende operasjon		
3.	Høyt blodtrykk		
4.	Hjerte-kar sykdom		
5.	Hjerte-kirurgi		
6.	Åreknuter/hemorroider		
7.	Astma/bronkitt		
8.	Blodsykdom		
9.	Diabetes (sukkersyke)		
10.	Stoffskifteproblemer		
11.	Fordøyelsesproblemer		
12.	Nyreproblemer		
13.	Hudproblemer		
14.	Allergier (høysnue, allergisk eksem eller andre allergiske tilstander)		
15.	Infeksiøs/smittsom sykdom		
16.	Brokk		
17.	Sykdom i kjønnsorganene		
18.	Graviditet		
19.	Søvnvansker		
20.	Kirurgiske inngrep		
21.	Epilepsi		
22.	Svimmelhet/besvimelse		
23.	Tap av bevissthet		
24.	Psykiske problemer		
25.	Depresjon		
26.	Forsøk på selvmord		
27.	Hukommelsestap		
28.	Balansevansker		
29.	Alvorlig hodepine		
30.	Problemer i øre-nese-halsområdet (inklusive øresus, hørselsproblemer)		
31.	Bevegelsesvansker		
32.	Rygg- eller ledd-problemer		
33.	Amputasjoner		
34.	Brudd eller ledd ute av stilling		
35.	Røyker eller har røykt tobakk		
36.	Bruk/misbruk av alkohol		
37.	Bruk/misbruk av narkotisk stoff		

Hvis du svarte «ja» på ett eller flere av spørsmålene – beskriv nærmere her:

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

Nr	Tilleggsspørsmål	Ja:	Nei:
38.	Har du noen gang blitt avmønstret eller repatriert på grunn av sykdom?		
39.	Har du noen gang vært innlagt på sykehus?		
40.	Har du noen gang blitt erklært udyktig for arbeid på skip?		
41.	Har du noen gang fått en begrenset helseerklæring eller helseerklæringen trukket tilbake?		
42.	Vet du om at du har noen medisinsk tilstand, sykdom eller plage?		
43.	Kjenner du deg frisk og i stand til å utføre arbeidet i den tiltenkte stillingen/yrket?		
Utfyllende informasjon:			
Nr	Medisinering	Ja:	Nei:
44.	Har du noen gang reagert allergisk på medisiner du har fått?		
45.	Bruker du noen reseptfrie eller reseptpliktige medisiner fast eller regelmessig?		
Hvis du besvarte «ja», opplys hvilke medisiner du tar, hvorfor og i hvilke doser du tar dem:			

Jeg erklærer herved at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg er klar over at jeg ikke har krav på lønn fra rederiet dersom jeg svikaktig har fortiert skade eller sykdom ved ansettelse, eller pådrar meg skaden eller sykdommen forsettlig etter ansettelsen, jf. lov 21. juni 2013 nr. 102 om stillingsvern mv. for arbeidstakere på skip (skipsarbeidsloven) § 4-4 tredje ledd. Fortielse av skade eller sykdom vil være svikaktig dersom det dreier seg om helsekrav som skal være oppfylt etter lov 16. februar 2007 nr. 9 om skipssikkerhet (skipssikkerhetsloven) § 17.

Jeg er klar over at jeg umiddelbart skal kontakte sjømannslege for ny helseundersøkelse hvis jeg har grunn til å anta at jeg ikke lenger oppfyller helsekravene i helseforskriften, og at jeg samtidig skal informere skipsføreren eller rederiet om dette, jf. helseforskriften § 6 tredje ledd.

Sted:	Dato:	Arbeidstakerens signatur:
Bevitnet av:	Vitnets signatur og navn med blokkbokstaver:	

F. SAMTYKKE TIL Å INNHENTE MEDISINSK INFORMASJON

Jeg samtykker i at relevante opplysninger om tidligere sykdommer fra trygdekontor, lege, sykehus, annen helseinstitusjon, og eventuell offentlig myndighet kan innhentes av godkjent sjømannslege, _____, til bruk for sjømannslegens vurdering og evt. for klageinstansen etter helseforskriften.

Sted:	Dato:	Arbeidstakerens signatur:
Bevitnet av:	Vitnes signatur og navn med blokkbokstaver:	