

Frågeformulär för arbetstagare som är utsatta för särskilda risker för elektromagnetisk strålning

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Vad har du för arbetsuppgifter?

Hur länge har du arbetet med dessa uppgifter?

Har du tidigare varit exponerad för höga elektromagnetiska fält?

Om ja – vad arbetade du med?

	JA	NEJ
Har du pacemaker?		
Har du pacemaker med defibrillator?		
Har du hörselimplantat?		
Har du något annat implantat inopererat?		
Har du ledprotes?		
Har du plattor eller skruvar inopererade?		
Har du insulinpump?		
Har du kirurgiska klämmor inopererade?		
Har du någon annan aktiv medicinsk enhet inopererad?		
Om du är kvinna, är du gravid?		
Allergiska besvär		
Mag-/tarmsjukdom		