

Henvisning

Arbejdsmedicinsk Ambulatorium



Personoplysninger

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____

Telf./Mobil: _____

Evt. arbejdsplads: _____

Stilling: _____

Erhvervsstatus

I arbejde

Sygemeldt fra dato: _____ Arbejdsløs fra dato: _____

Andet: _____

Begrundelse for henvisning/formål *(sæt evt. mere end et kryds)*

Arbejdsmedicinsk vurdering ved mistanke om erhvervssygdomme

Gravidrådgivning - vurdering af risikoen ved arbejdet for foster og graviditetsforløb

Rådgivning om erhvervsmuligheder - erhvervsaktive/unge med helbredsbarrierer

Beskrivelse af formål

Beskrivelse af problemstilling/sygdom og belastninger

Tolk, anmeldelse og lægeundersøgelse

Er der behov for tolk? Ja Nej

Hvis ja, sprog: _____

Er der anmeldt til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring Ja Nej

Er der foretaget lægeundersøgelse og/eller behandling for symptomerne? Ja Nej

Lægens konklusion eller diagnose: _____

Afsender:

Faglig organisation

Sikkerhedsorganisation

Andet: _____

Henviserens navn: _____

Organisation: _____

Adresse: _____

Telf.: _____

Mail: _____

Dato: _____

Der kan henvises uden brug af denne blanket, men alle de nødvendige oplysninger bedes oplyst.
Henvisningen sendes til: hol-arbmed@regionsjaelland.dk (må kun sendes som sikker post)
Eller til: Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus, Smedelundsgade 60, 4300 Holbæk
Ved hastende henvisning SKAL ringes på tlf. 59 48 98 51. Man- fre kl. 08.00-15.00.
Afdelingens hjemmeside: www.regionsjaelland.dk/holasm

Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Region Sjælland