

## Egenerklæring for personer i petroleumsvirksomheten til havs

### Self declaration for persons working in petroleum activities offshore

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

| Har du hatt følgende tilstander? (kryss av for svaret, og hvis ja, fra hvilket år)<br>Have you had the following conditions? (make a check mark, and if yes, from which year)   | Nei/<br>No            | Ja/<br>Yes            | Årstall<br>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*