



Beställning av medicinsk kontroll enligt AFS 2023:15

Medicinsk kontroll beställs till följd av:

[Arbete med handintensivt arbete, 3 kap. 4 §](#)

Beställningsdatum	
Arbetsplats	Arbetsgivarens kontaktuppgifter
Arbetstagarens namn	Namn:
Arbetstagarens personnummer eller motsvarande	Adress:
	E-post:
	Tel.nr:

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Har en riskbedömning för handintensivt arbete skickats in till Regionhälsan? | ☐ | ☐ |
| • Har arbetstagaren tidigare varit på medicinsk kontroll för handintensivt arbete? | ☐ | ☐ |

Om medicinsk kontroll/riskbedömning genomförts tidigare:

Har åtgärder vidtagits för att minska eventuella risker som framkom vid förra medicinska kontrollen/riskbedömningen, i så fall vilka?

Individuell riskbedömning för arbetstagaren

I beställningen ingår att **arbetstagaren** ska:

- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen
- få rådgivning när detta behövs.

I beställningen ingår att **arbetsgivaren** ska:

- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen på gruppnivå
- få förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön.

Beställarens namnteckning:

Namnförtydligande: