

**Henvisningsblanket til Arbejdsmedicinsk Klinik –
for fagforeninger og arbejdsmiljøorganisationer**

Arbejdsmedicinsk Klinik, Havrevangen 1, 9000 Aalborg

Navn:	

CPR-nummer:	

Adresse:	Tlf. nr.:
_____	_____
Postnummer og by:	E-mail:
_____	_____
Nuværende fag/erhverv:	

Nuværende arbejdsplads:	

Adresse:	Tlf. nr.:
_____	_____

Hvad er formålet med undersøgelsen?

Hvad fejler henviste – (hvilke symptomer/gener/sygdomme er årsag til henvisningen)?

Hvilke forhold i arbejdet formodes at være årsag til generne/symptomerne – og på hvilke(n) arbejdsplads(er) er de opstået?

Er der behov for tolk?

Ja Nej

Hvis ja, hvilket sprog:

Er lidelsen blevet anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen/Arbejdstilsynet?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår:

Henvissende instans:

Virksomhed/fagforening:

Navn og faglig tillidsfunktion/stilling:

Adresse:

E-mail:

Tlf. nr.:

Dato:

Henvissers underskrift:

Henvistes underskrift:

Vedlæg venligst relevante bilag, fx oplysninger fra/om:

- **Læge/speciallæge**
- **Aktuelle behandlinger**
- **Arbejdsskadestyrelsen/Arbejdstilsynet**
- **Arbejdspladsen**

Fuldmagt skal vedlægges, hvis henviser ønsker kopi af journal fra undersøgelsen på Arbejdsmedicinsk Klinik.