

Anmeldelse af arbejdsbetinget lidelse

Fornavn _____ Efternavn _____ Cpr. nr : _____ - _____

Mobil tlf. nr. vi kan træffe dig på:

Er du lønmodtager? Ja Nej

Er du fortsat beskæftiget med samme arbejdsfunktion? Ja Nej

Hvad er dit erhverv? _____

Hvad er din stilling? _____

Hvad er din diagnose eller dit erhverv problem? _____

Hvilken påvirkning/er har du været udsat for ?

1: _____

2: _____

3: _____

I hvor længe Fra: (Årstal) _____ Til: (Årstal) _____

Er påvirkning sket hos nuværende arbejdsgiver? Ja Nej

Hvilken legemsdel blev påvirket? _____

Beskriv det arbejde der udløste påvirkningen