

# Henvisning til Arbejdsmedicinsk Klinik,

Regionshospitalet Herning  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning  
Tlf.: +45 7843 3500  
Fax: +45 7843 3518

**Vigtigt:**

Oplysningerne anvendes ved visitation og som forberedelse til undersøgelsen. Det er derfor vigtigt, at alle spørgsmål besvares omhyggeligt. Ved tvivl, kontakt venligst klinikken på tlf.: 7843 3500

**Patient:**

Cpr. nr.:

Fulde navn:

Adresse:

Tlf.:

Fag:

Arbejdsplads:

Behov for tolk: JA  NEJ 

Hvis JA, hvilket sprog? \_\_\_\_\_

**Læge:**

Læge:

Adresse:

Tlf.:

Er egen læge informeret om henvisningen: JA  NEJ 

Hvis NEJ, bedes egen læge informeres.

**Er patienten:** (sæt kryds)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> I arbejde  | <input type="checkbox"/> Efterlønsmodtager         |
| <input type="checkbox"/> Opsagt     | <input type="checkbox"/> Pensionist                |
| <input type="checkbox"/> Arbejdsløs | <input type="checkbox"/> Sygemeldt, fra dato _____ |

**Angiv om muligt en formodet diagnose / vigtigste symptomer:****Kort sygehistorie:**

(Symptomer/sygdom, fund/resultater af undersøgelser, aktuel behandling og medicin)

**Hvad er formålet med henvisningen?****Arbejde og påvirkning i arbejdsmiljøet:**

(Jobfunktion og skadelige påvirkninger. Er lidelsen anmeldt?)

**Henviser:**

Navn:

Stilling:

Firma/organisation:

Tlf. og adresse:

Dato og underskrift: