# Blankett- beställning av medicinsk undersökning vid utredning av byggnadsrelaterad ohälsa

Denna blankett skall signeras av ansvarig chef. Fyll i den elektroniskt eller för hand och **skriv ut och signera.**

**Arbetstagare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Institution/motsvarande  | E-post |

**Kommentar till Företagshälsovården**

|  |
| --- |
|  |

**Beställare** (prefekt/motsvarande med arbetsmiljöansvar)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn  | Efternamn  | Befattning  |
| E-post  | Telefon  | Kostnadsställe  |
| Institution/motsvarande  |
| Underskrift av chef  |

Skicka ifylld blankett till: umea@feelgood.se