# 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](mailto:umea@feelgood.se)