

Bilaga 2 SSÄ SÄB-0484

Personnummer	Namn
Befattning	Företag/tjänsteställe
Beställare	Företag/tjänsteställe

Anledning till provtagning

<input type="checkbox"/> Nyanställd	<input type="checkbox"/> Periodisk	<input type="checkbox"/> Tillbud/ olycka	<input type="checkbox"/> Misstanke	<input type="checkbox"/> Rehab
-------------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

Provtagning utförd av	Signatur	Datum
-----------------------	----------	-------

Jag samtycker till att bedömningen av provsvaren lämnas till arbetsgivaren
Provtagningen omfattar hög alkoholkonsumtion, Amfetamin/Ecstasy, Cannabis, Kokain, Heroin/Morfin, Bensodiazepiner och Tramadol.

Om analyserna visar förekomst av hög alkoholkonsumtion, beroendeframkallande läkemedel eller narkotika, ska provtagaren först kontakta mig. Jag är medveten om, att arbetsgivaren kan tolka ett uteblivet eller sent svar från provtagaren som att testet påvisat ovanstående.

Jag inser att det därför är viktigt att jag är tillgänglig på det telefonnummer jag anger nedan.

Den testades legitimation	Telefon	Underskrift
---------------------------	---------	-------------

Analysresultat

Alkoholutandningsprov	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört
Blodprovstagning för analys av alkoholkonsumtionsmarkören B-PEth och S-CDT" *)	Medicinsk bedömning av ohälsosam alkoholkonsumtion är:		
	<input type="checkbox"/> Ej Godkänd	<input type="checkbox"/> Godkänd	<input type="checkbox"/> Ännu ej godkänd, medicinsk utredning krävs

Föreligger bruk av

Narkotika	<input type="checkbox"/> Påvisat	<input type="checkbox"/> Ej påvisat
Om svaret är JA ange vad som påvisats:		

Ovan angivna uppgifter intygas

Ort och datum
Underskrift av företagsläkare/företagssköterska

*) Vid särskild indikation eller beställning