

# Henvisning til Arbejdsmedicinsk Klinik

Henvises der til (sæt X):

Regionshospitalet Herning  
Gl. Landevej 61, 7400 Herning  
Tlf.: 7843 3500, Fax: 7843 3518  
arbejdsmedicin@vest.rm.dk

Aarhus Universitetshospital  
Nørrebrogade 44, bygn. 2C, 8000 Aarhus C  
Tlf.: 7846 4290, Fax: 7846 4260  
auharb@rm.dk

<b>Patient:</b>	<b>Læge</b>
CPR. nr.: _____	Egen læge: _____
Navn: _____	Adresse: _____
Adresse: _____	_____
Tlf: _____	Tlf.: _____
Region: _____	Er patienten: <input type="checkbox"/> i arbejde <input type="checkbox"/> efterlønsmodtager
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej hvis ja, hvilket sprog: _____	<input type="checkbox"/> opsagt <input type="checkbox"/> pensionist
Fag / uddannelse: _____	<input type="checkbox"/> arbejdsløs <input type="checkbox"/> sygemeldt fra dato: _____
Arbejdsplads: _____	

**Hvad er formålet med henvisningen** (Vurdering af: arbejdsbetinget sygdom, arbejdsskadesag, erhversrådgivning)

\_\_\_\_\_

**Kort sygehistorie** (symptomer / sygdom, fund og resultater, aktuel behandling, medicin)

\_\_\_\_\_

**Påvirkninger i arbejdsmiljøet**

\_\_\_\_\_

Er lidelsen anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen?  ja  nej Er egen læge infomeret?  ja  nej, informer da venligst egen læge

**Henvisers navn, stilling, adresse og tlf.nr:**

\_\_\_\_\_

**Dato og underskrift:** \_\_\_\_\_

Oplysninger anvendes i forbindelse med visitation og forberedelse til undersøgelsen. Det er derfor vigtigt, at alle spørgsmålene besvares omhyggeligt. Kontakt den modtagende klinik ved tvivlsspørgsmål.  
Medsend venligst kopi af relevante undersøgelser og akter i forbindelse med henvisningen.