



Arbeidstilsynet

Best.nr. 154 b

DEL 1

Melding om arbeidsrelatert sykdom

KONFIDENSIELL

- eller skade (omfattes ikke av meldeplikten, og honoreres ikke)

Del 1 sendes Direktoratet for arbeidstilsynet, Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim.

Meldinger som gjelder arbeid på kontinentalsokkelen sendes Petroleumstilsynet, Pb. 599, 4003 Stavanger.

Meldinger som gjelder flyvende personell skal sendes Luftfartstilsynet, Pb. 243, 8001 Bodø

Del 2 NAVs kopi

Del 3 Pasientens kopi

Del 4 Legens kopi

Persondata

Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Telefonnr.
Pasientens adresse:	Postnr.:	Sted:

Yrke og arbeidsgiver da skadelige påvirkning fant sted

Daværende yrke:	
Daværende arbeidsgiver (hvis flere arbeidsforhold, angi det siste):	
Daværende arbeidsgivers adresse:	Postnr.: Sted:
Arbeider pasienten fortsatt i denne virksomheten?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kommentarer:

Diagnose og sykdomsårsak

Diagnose/diagnosekode (ICD-10 alt. ICPC), og ev. bidiagnoser med samme årsak:	
Arbeidsmiljøfaktorer som kan ha fremkalt tilstand/skade i prioritert rekkefølge (eks. 1. Løsemidler, 2. Tidspress, etc.):	
1.	2.
3.	4.
Tidspunkt for varig påvirkning (eller skadedato):	
Varighet av skadelig påvirkning:	
Beskriv sykdoms-/skadeforløp. Bruk ev. eget ark og kopi av journalnotat, datablad, arbeidsmiljørapport og lignende:	Årsakssammenheng <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Sannsynlig <input type="checkbox"/> Mulig
Melding om skade krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at arbeidsrelatert skade meldes til Arbeidstilsynet for eventuell oppfølging.	
Dato:	Underskrift:

Oppfølging

Er det behov for oppfølging fra Arbeidstilsynet overfor arbeidsgiver? Ja <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ev. begrunnelse:	
Pasienten kan også selv ta kontakt med Arbeidstilsynet, uavhengig av legens vurdering.	
Bli kopi av meldingen (del 2) sendt til NAV lokalt?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Saken er kjent for (kryss av):	Arbeidsgiver/arbeidsleder <input type="checkbox"/> Bedriftshelsetjeneste <input type="checkbox"/> Forsikringsselskap <input type="checkbox"/>
Hvis yrkesskadetrygd eller -forsikring kan være aktuelt, må pasienten fremsette krav til NAV og forsikringsselskap (se veiledningen).	
Oppfølging fra Arbeidstilsynet der pasienten blir navngitt krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at Arbeidstilsynet refererer til mitt tilfelle med navns nevning dersom de tar kontakt med arbeidsgiver om saken.	
Dato:	Underskrift:

Administrative opplysninger

Legens stilling: <input type="checkbox"/> Bedriftslege <input type="checkbox"/> Kommunelege <input type="checkbox"/> Sykehuslege <input type="checkbox"/> Allmennpraktiserende lege, spesialist i allmennmedisin <input type="checkbox"/> Annen privatpraktiserende spesialist <input type="checkbox"/> Annen legestilling	Legens navn (stempel eller blokkbokstaver) og postadresse:	Honorar sendes til adresse:
	Dato og underskrift:	Tif.: Kontonr.:

Skriv ikke her:

DANYK	SN 94	EKSP.TID
DIAG. 1	DIAG. 2	AMF 1 AMF 2 Løpenr.



Arbeidstilsynet

Best.nr. 154 b

DEL 2

Persondata

Melding om arbeidsrelatert sykdom

KONFIDENSIELL

- eller skade (omfattes ikke av meldeplikten, og honoreres ikke)

Del 1 sendes Direktoratet for arbeidstilsynet, Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim.

Meldinger som gjelder arbeid på kontinentalsokkelen sendes Petroleumsstilsynet, Pb. 599, 4003 Stavanger.

Meldinger som gjelder flyvende personell skal sendes Luftfartstilsynet, Pb. 243, 8001 Bodø

Del 2 NAVs kopi

Del 3 Pasientens kopi

Del 4 Legens kopi

Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Telefonnr.
Pasientens adresse:	Postnr.:	Sted:

Yrke og arbeidsgiver da skadelige påvirkning fant sted

Daværende yrke:	
Daværende arbeidsgiver (hvis flere arbeidsforhold, angi det siste):	
Daværende arbeidsgivers adresse:	Postnr.: Sted:
Arbeider pasienten fortsatt i denne virksomheten?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kommentarer:

Diagnose og sykdomsårsak

Diagnose/diagnosekode (ICD-10 alt. ICPC), og ev. bidiagnoser med samme årsak:	
Arbeidsmiljøfaktorer som kan ha fremkalt tilstand/skade i prioritert rekkefølge (eks. 1. løsemidler, 2. Tidspress, etc.):	
1.	2.
3.	4.
Tidspunkt for varig påvirkning (eller skadedato):	
Varighet av skadelig påvirkning:	
Beskriv sykdoms-/skadeforløp. Bruk ev. eget ark og kopi av journalnotat, datablad, arbeidsmiljørapport og lignende:	Årsakssammenheng <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Sannsynlig <input type="checkbox"/> Mulig
Melding om skade krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at arbeidsrelatert skade meldes til Arbeidstilsynet for eventuell oppfølging.	
Dato:	Underskrift:

Oppfølging

Er det behov for oppfølging fra Arbeidstilsynet overfor arbeidsgiver?	
Ja <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ev. begrunnelse:	
Pasienten kan også selv ta kontakt med Arbeidstilsynet, uavhengig av legens vurdering.	
Blir kopi av meldingen (del 2) sendt til NAV lokalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Saken er kjent for (kryss av): Arbeidsgiver/arbeidsleder <input type="checkbox"/> Bedriftshelsetjeneste <input type="checkbox"/> Forsikringsselskap <input type="checkbox"/>	
Hvis yrkesskadetrygd eller -forsikring kan være aktuelt, må pasienten fremsette krav til NAV og forsikringsselskap (se veiledningen).	
Oppfølging fra Arbeidstilsynet der pasienten blir navngitt krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at Arbeidstilsynet refererer til mitt tilfelle med navns nevneelse dersom de tar kontakt med arbeidsgiver om saken.	
Dato:	Underskrift:

Administrative opplysninger

Legens stilling: <input type="checkbox"/> Bedriftslege <input type="checkbox"/> Kommunelege <input type="checkbox"/> Sykehuslege <input type="checkbox"/> Allmennpraktiserende lege, spesialist i allmenntilleggsmedisin <input type="checkbox"/> Annen privatpraktiserende spesialist <input type="checkbox"/> Annen legestilling	Legens navn (stempel eller blokkbokstaver) og postadresse:	Honorar sendes til adresse:
	Dato og underskrift:	Tif.: Kontonr.:

Skriv ikke her:

DANYK	SN 94	EKSP.TID
DIAG. 1	DIAG. 2	AMF 1 AMF 2 Løpenr.



Arbeidstilsynet

Best.nr. 154 b

DEL 3

Persondata

Melding om arbeidsrelatert sykdom

KONFIDENSIELL

- eller skade (omfattes ikke av meldeplikten, og honoreres ikke)

Del 1 sendes Direktoratet for arbeidstilsynet, Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim.

Meldinger som gjelder arbeid på kontinentalsokkelen sendes Petroleumsstilsynet, Pb. 599, 4003 Stavanger.

Meldinger som gjelder flyvende personell skal sendes Luftfartstilsynet, Pb. 243, 8001 Bodø

Del 2 NAVs kopi

Del 3 Pasientens kopi

Del 4 Legens kopi

Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Telefonnr.
Pasientens adresse:	Postnr.:	Sted:

Yrke og arbeidsgiver da skadelige påvirkning fant sted

Daværende yrke:	
Daværende arbeidsgiver (hvis flere arbeidsforhold, angi det siste):	
Daværende arbeidsgivers adresse:	Postnr.: Sted:
Arbeider pasienten fortsatt i denne virksomheten?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kommentarer:

Diagnose og sykdomsårsak

Diagnose/diagnosekode (ICD-10 alt. ICPC), og ev. bidiagnoser med samme årsak:	
Arbeidsmiljøfaktorer som kan ha fremkalt tilstand/skade i prioritert rekkefølge (eks. 1. løsemidler, 2. Tidspress, etc.):	
1.	2.
3.	4.
Tidspunkt for varig påvirkning (eller skadedato):	
Varighet av skadelig påvirkning:	
Beskriv sykdoms-/skadeforløp. Bruk ev. eget ark og kopi av journalnotat, datablad, arbeidsmiljørapport og lignende:	Årsakssammenheng <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Sannsynlig <input type="checkbox"/> Mulig
Melding om skade krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at arbeidsrelatert skade meldes til Arbeidstilsynet for eventuell oppfølging.	
Dato:	Underskrift:

Oppfølging

Er det behov for oppfølging fra Arbeidstilsynet overfor arbeidsgiver? Ja <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ev. begrunnelse:	
Pasienten kan også selv ta kontakt med Arbeidstilsynet, uavhengig av legens vurdering.	
Blir kopi av meldingen (del 2) sendt til NAV lokalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Saken er kjent for (kryss av): Arbeidsgiver/arbeidsleder <input type="checkbox"/> Bedriftshelsetjeneste <input type="checkbox"/> Forsikringsselskap <input type="checkbox"/>	
Hvis yrkesskadetrygd eller -forsikring kan være aktuelt, må pasienten fremsette krav til NAV og forsikringsselskap (se veiledningen).	
Oppfølging fra Arbeidstilsynet der pasienten blir navngitt krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at Arbeidstilsynet refererer til mitt tilfelle med navns nevneelse dersom de tar kontakt med arbeidsgiver om saken.	
Dato:	Underskrift:

Administrative opplysninger

Legens stilling: <input type="checkbox"/> Bedriftslege <input type="checkbox"/> Kommunelege <input type="checkbox"/> Sykehuslege <input type="checkbox"/> Allmennpraktiserende lege, spesialist i allmenntilleggsmedisin <input type="checkbox"/> Annen privatpraktiserende spesialist <input type="checkbox"/> Annen legestilling	Legens navn (stempel eller blokkbokstaver) og postadresse:	Honorar sendes til adresse:
	Dato og underskrift:	Tlf.: Kontonr.:

Skriv ikke her:

DANYK	SN 94	EKSP.TID
DIAG. 1	DIAG. 2	AMF 1 AMF 2 Løpenr.



Arbeidstilsynet

Best.nr. 154 b

DEL 4

Persondata

Melding om arbeidsrelatert sykdom

KONFIDENSIELL

- eller skade (omfattes ikke av meldeplikten, og honoreres ikke)

Del 1 sendes Direktoratet for arbeidstilsynet, Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim.

Meldinger som gjelder arbeid på kontinentalsokkelen sendes Petroleumsstilsynet, Pb. 599, 4003 Stavanger.

Meldinger som gjelder flyvende personell skal sendes Luftfartstilsynet, Pb. 243, 8001 Bodø

Del 2 NAVs kopi

Del 3 Pasientens kopi

Del 4 Legens kopi

Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Telefonnr.
Pasientens adresse:	Postnr.:	Sted:

Yrke og arbeidsgiver da skadelige påvirkning fant sted

Daværende yrke:	
Daværende arbeidsgiver (hvis flere arbeidsforhold, angi det siste):	
Daværende arbeidsgivers adresse:	Postnr.: Sted:
Arbeider pasienten fortsatt i denne virksomheten?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kommentarer:

Diagnose og sykdomsårsak

Diagnose/diagnosekode (ICD-10 alt. ICPC), og ev. bidiagnoser med samme årsak:	
Arbeidsmiljøfaktorer som kan ha fremkalt tilstand/skade i prioritert rekkefølge (eks. 1. løsemidler, 2. Tidspress, etc.):	
1.	2.
3.	4.
Tidspunkt for varig påvirkning (eller skadedato):	
Varighet av skadelig påvirkning:	
Beskriv sykdoms-/skadeforløp. Bruk ev. eget ark og kopi av journalnotat, datablad, arbeidsmiljørapport og lignende:	Årsakssammenheng <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Sannsynlig <input type="checkbox"/> Mulig
Melding om skade krever at pasienten samtykker. Undertegnede samtykker i at arbeidsrelatert skade meldes til Arbeidstilsynet for eventuell oppfølging.	
Dato:	Underskrift:

Oppfølging

Er det behov for oppfølging fra Arbeidstilsynet overfor arbeidsgiver?	
Ja <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ev. begrunnelse:	
Pasienten kan også selv ta kontakt med Arbeidstilsynet, uavhengig av legens vurdering.	
Bli kopi av meldingen (del 2) sendt til NAV lokalt?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Saken er kjent for (kryss av):	Arbeidsgiver/arbeidsleder <input type="checkbox"/> Bedriftshelsetjeneste <input type="checkbox"/> Forsikringsselskap <input type="checkbox"/>
Hvis yrkesskadetrygd eller -forsikring kan være aktuelt, må pasienten fremsette krav til NAV og forsikringsselskap (se veiledningen).	
Oppfølging fra Arbeidstilsynet der pasienten blir navngitt krever at pasienten samtykker.	
Undertegnede samtykker i at Arbeidstilsynet refererer til mitt tilfelle med navns nevneelse dersom de tar kontakt med arbeidsgiver om saken.	
Dato:	Underskrift:

Administrative opplysninger

Legens stilling: <input type="checkbox"/> Bedriftslege <input type="checkbox"/> Kommunelege <input type="checkbox"/> Sykehuslege <input type="checkbox"/> Allmennpraktiserende lege, spesialist i allmenntilleg <input type="checkbox"/> Annen privatpraktiserende spesialist <input type="checkbox"/> Annen legestilling	Legens navn (stempel eller blokkbokstaver) og postadresse:	Honorar sendes til adresse:
	Dato og underskrift:	Tif.: Kontonr.:

Skriv ikke her:

DANYK	SN 94	EKSP.TID
DIAG. 1	DIAG. 2	AMF 1 AMF 2 Løpenr.

Veiledning

Meldingene på dette skjemaet gir Arbeidstilsynet nødvendig informasjon om risikoforhold i arbeidsmiljøet. Enkeltmeldinger eller flere likeartede meldinger kan føre til at Arbeidstilsynet setter i verk tiltak mot farlige produkter eller utstyr, eller overfor spesielle bransjer. Meldinger om risikoforhold som er lite kjent, blir brukt til å initiere kartleggings og forskningsarbeid.

Pasienten kan ta sin kopi (del 3) med til bedriftshelsetjenesten eller arbeidsleder/arbeidsgiver, og gjøre dem oppmerksom på farlige forhold eller behov for tilrettelegging.

Hvis pasienten har gitt skriftlig samtykke på meldeskjemaet, kan Arbeidstilsynet i spesielle tilfeller kontakte arbeidsgiver. Formålet vil oftest være å se om arbeidsgiver har gjort det nødvendige for å hindre at andre arbeidstakere pådrar seg samme skade eller sykdom. Hvis pasienten ikke ønsker å navngis overfor arbeidsgiver, kan ikke Arbeidstilsynet følge opp den konkrete saken på denne måten. Selv om pasienten ikke samtykker til oppfølging, er informasjonen i meldingen viktig for Arbeidstilsynet.

Arbeidsmiljøloven (§ 5-3) sier at leger skal melde all sykdom som legen antar kan skyldes arbeidstakernes arbeidsforhold. Lovens definisjon av meldepliktige tilstander overlater til legens faglige skjønn å avgjøre hva som skal meldes. Arbeidstilsynet ønsker også melding om skader.

Skader er ikke meldepliktige etter loven, og kan derfor bare meldes med pasientens tillatelse (jf. helsepersonelloven § 22).

Arbeidsmiljølovens meldeplikt gjelder uavhengig av om tilstanden er godkjent som «yrkessykdom» etter folketrygdloven. Skjelett-/muskelsmerter og psykiske reaksjoner er for eksempel like relevante å melde som lungesykdommer og kreft. Hensikten er at leger skal melde på mistanke om årsakssammenheng. Meldingen innebærer ikke at legen har tatt endelig stilling til årsakssammenheng, for eksempel i forhold til trygd eller annen erstatning.

Del 1 av dette skjemaet sendes Direktoratet for arbeidstilsynet, eventuelt Petroleumstilsynet- eller Luftfartstilsynet.

Del 2 kan med pasientens tillatelse sendes NAV lokalt, (se nedenfor).

Del 3 er til pasienten. Den kan brukes til å orientere bedriftshelsetjeneste eller arbeidsgiver.

Del 4 beholdes av legen.

Folketrygden

Dersom pasienten kan ha krav på ytelser for yrkesskade/yrkessykdom etter folketrygdloven, kan del 2 med pasientens tillatelse sendes NAV lokalt. NAV vil ofte be arbeidsgiver om skademelding (se nedenfor), og pasienten blir da automatisk navngitt overfor arbeidsgiver.

Pasienter som kan ha krav på slike ytelser, må alltid også selv framsette krav om yrkesskadestønad til NAV. Det er ikke nok at legen har sendt kopi av meldingen (del 2).

Arbeidsgiver har særskilt plikt til å melde yrkesskade/yrkessykdom til NAV, jf. folketrygdloven § 13-3 og § 13-4. NAV har egne skademeldingsskjema til bruk for arbeidsgiver.

NAV gir nærmere opplysninger.

Yrkesskadeforsikringen

Alle arbeidsgivere skal ha tegnet yrkesskadeforsikring for sine ansatte. Pasienten eller etterlatte skal rette krav til siste arbeidsgivers forsikringsselskap. (Kan fås oppgitt ved henvendelse til arbeidsgivers personalkontor, regnskapsfører, revisor. Er virksomheten nedlagt, vil navn på revisor og andre nøkkelpersoner være oppbevart på mikrofilm i Brønnøysundregisteret, Postboks 900, 8910 Brønnøysund). Dersom arbeidsgiver ikke hadde tegnet yrkesskadeforsikring, rettes kravet til Yrkesskadeforsikringsforeningen, Postboks 2551 Solli, 0202 Oslo.

Forsikringen gjelder i hovedsak for yrkesskade og yrkessykdom som definert i folketrygdloven, men også annen skade og sykdom dersom denne skyldes arbeidsulykke eller påvirkning fra skadelige stoffer eller arbeidsprosesser (jf. lov om yrkesskadeforsikring § 11). Forsikringen skal dekke påført inntektstap og påførte utgifter, tap i framtidige erverv og framtidige utgifter, eventuelt ménerstatning og erstatning til etterlatte.

Justis- og beredskapsdepartementet gir nærmere opplysninger.

Krav til NAV og forsikringsselskap bør framsettes snarest mulig, på grunn av korte foreldelsesfrister. Årsakssammenhengen behøver ikke å være utredet først.

Direktoratet for arbeidstilsynet, Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim
Tlf.: 73 19 97 00. Faks: 73 19 97 01. Internettsider: www.arbeidstilsynet.no

Signert melding kan sendes til Arbeidstilsynet via [eDialog](#).

Les mer om hvordan du kan sende brev og dokumenter til oss digitalt eller som vanlig brevpost på www.arbeidstilsynet.no/post