



Medicinsk hälsodeklaration

Personnummer

Namn

Fyll i blanketten och ta med den till Rekryteringsmyndigheten. Den medicinska hälsodeklarationen är ett viktigt underlag när du ska testas för en utbildning eller anställning.

Har du någon skada, sjukdom eller funktionsnedsättning som du tror har betydelse för den tjänst du söker ska du även ta med journalkopior eller intyg.

NEJ JA

1. Känner du dig frisk?

2. Har du någon skada eller sjukdom nu?

Om ja, beskriv kortfattat dina besvär.

3. Hur mycket väger du? kg Hur lång är du? cm

4. Är du beroende av speciell kost eller diet på grund av överkänslighet/allergi eller sjukdom?

Om ja, ange vilken typ av kost eller diet.

5. Har du eller har du haft allergi eller överkänslighet som t.ex. ger:

Rinnande, kliande och/eller svullna ögon?

Nästäppa och/eller snuva (hösnuva)?

Andningsproblem?

Om ja, vad orsakar/orsakade dina besvär?

Har du någon medicin för dina besvär?

Om ja, ange medicinens namn.

6. Har du eller har du haft astma?

Om ja, vad utlöser/utlöste eller förvärrar/förvärrade din astma?

Har du mediciner för din astma?

Om ja, ange medicinens namn.

7. Har du eller har du haft eksem?

Om ja, var på kroppen har du eller har du haft eksem?

Hur behandlar du ditt eksem?

8. Har du eller har du haft någon annan hudsjukdom?

Om ja, ange vilken.

9. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i rygg eller nacke?

Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

10. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i axlar, armar eller händer?

Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

11. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i höfter, knän, fotleder eller fötter?

Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

12. Har du eller har du haft epilepsi?

När hade du sista anfallet?

Har du slutat ta mediciner?

Om du slutat ta mediciner, ange när.

13. Har du ofta besvärande huvudvärk/migrän?

Om ja, ange vilken typ av huvudvärk du har och hur ofta.

14. Har du eller har du haft besvär eller sjukdom i mage och/eller tarm?

Om ja, Beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

Besväras du av långvarig diarré, förstoppning eller blod i avföringen?

15. Har du eller har du haft klaffel, blåsljud, hjärklappningsattacker eller annan hjärtåkomma?

NEJ JA

Om ja, beskriv dina besvär och hur lång tid besvären pågått.

Vilken behandling har du fått?

16. Har du lätt för att bli yr och/eller lätt för att svimma?

17. Har du diabetes?

Om ja, ange vilken behandling du får.

18. Har du eller har du haft någon annan hormonsjukdom t.ex. tillväxt- eller sköldkörtelhormons rubbning?

Om ja, beskriv dina besvär och ange under hur lång tid de pågått?

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

19. Har du eller har du haft skada eller sjukdom i njurar, prostata (man), endometriosis (kvinna) eller urinvägar?

Om ja, beskriv dina besvär och ange under hur lång tid de pågått.

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

20. Har du eller har du haft besvär med sängvätning efter 15 års ålder?

21. Är du påtagligt köldkänslig?

22. Har du någon gång förfrusit någon kroppsdel och fått bestående besvär?

Om ja, ange vad du har förfrusit.

23. Har du nedsatt syn?

På vilket öga? höger vänster båda

Förbättras din synsättning med glasögon eller linser?

Kom ihåg att ta med receptet från optikern och dina glasögon eller linser.

24. Har du eller har du haft någon ögonskada eller ögonsjukdom?

Om ja, beskriv dina besvär.

25. Har du eller har du haft någon öronsjukdom?

Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

26. Har du nedsatt hörsel?

Om ja, på vilket öra? höger vänster båda

Om möjligt, ta med hörselkurva (audiogram).

27. Sätt ett kryss i rutan om du har eller har haft något av nedanstående besvär.

stark oro eller ångest	torg- eller cellskräck
tvångstankar eller tvångshandlingar	sömnpromblem
självordstankar	någon form av ätstörning
perioder av svår nedstämdhet	andra psykiska problem

Hur länge har du haft problem och vilken behandling har du fått?

28. Har du eller har du haft något annat hälsoproblem som föranlett kontakt med sjukvården utöver det som tagits upp i denna hälsodeklaration?

Om ja, beskriv.

29. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

Studier Arbete Annat

30. Vilka är dina fritidsintressen? Skriv kortfattat.

31. Utövar du fysiska aktiviteter (tävlingsidrott) eller motionerar du regelbundet?

Om ja, hur ofta?

1 gång/vecka 2-3 gånger/vecka 4 gånger eller mer/vecka

Motionerar – med vad?

Tävlingsidrottar – med vad?

32. Är du van att vistas i naturen?

Om ja, vad gör du då?

33. Röker du?

Om ja, hur mycket?

1-10 cigaretter/dag Mer än 20 cigaretter/dag

11-20 cigaretter/dag

Snusar du?

Dricker du alkohol?

Om ja, hur ofta och hur mycket alkohol dricker du?

Datum _____

Telefon _____

Kom i håg! Skriv under hälsodeklarationen.

Din underskrift _____