

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.

Om du har eller har haft någon skada, sjukdom eller funktionsnedsättning eller genomfört en operation 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.

NEJ JA

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.

NEJ JA

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, hjärtklappningsattacker eller annan hjärtåkomma?

Om ja, beskriv dina besvär och under 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.

NEJ JA

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 sömning 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.

Observera! Använder du nattlinser ska du inte använda dem under en vecka innan prövningen.

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.

NEJ JA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> stark oro eller ångest | <input type="checkbox"/> torg- eller cellskräck |
| <input type="checkbox"/> tvångstankar eller tvångshandlingar | <input type="checkbox"/> sömnproblem |
| <input type="checkbox"/> självmordstankar | <input type="checkbox"/> någon form av ätstörning |
| <input type="checkbox"/> perioder av svår nedstämdhet | <input type="checkbox"/> neuropsykiatrisk diagnos |
| | <input type="checkbox"/> 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, eller tar du några mediciner utöver det som tagits upp tidigare 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?

Har du använt andra droger än alkohol?

Har du använt anabola steroider?

Datum _____

Telefon _____

Din underskrift _____

Kom ihåg! Skriv under hälsodeklarationen.