



Personnummer _____

Namn _____



Fyll i blanketten och ta med den till Plikt- och prövningsverket. Den medicinska hälsodeklarationen är ett viktigt underlag när du ska testas för en utbildning eller anställning inom totalförsvaret. Du skall vara beredd på att kunna verifiera dina svar med objektiv information.

Om du har eller har haft någon skada, sjukdom, funktionsnedsättning eller har genomgått en operation som du tror har betydelse för den utbildning eller anställning du skall testas för bör du ta med journalkopior, aktuell läkemedelsförteckning och eventuella intyg som du har tillgång till då det leder till högre kvalitet i bedömningen.

1. Känner du dig frisk?

Nej Ja

2. Har du någon skada eller sjukdom nu som ger dig besvär just nu?

Nej Ja

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 behöver du undvika något födoämne på grund av överkänslighet, allergi eller sjukdom?

Nej Ja, är nu Ja, har varit

Om ja, ange vilken typ av kost eller födoämne _____

5. Har du eller har du haft allergi eller överkänslighet som orsakat:

Nej Ja, har nu Ja, har haft

- 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?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

Om ja, ange medicinens namn _____

6. Har du eller har du haft astma? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, vad utlöser/utlöste eller förvärrar/förvärrade din astma?
- Har du mediciner för din astma? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, ange medicinens namn Om ja, när använde du senast dina astmamediciner
7. Har du eller har du haft eksem? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, var på kroppen har du eller har du haft eksem?
- Om ja, hur behandlar du ditt eksem?
8. Har du eller har du haft någon annan hudsjukdom? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, ange vilken?
9. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i rygg eller nacke? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- 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? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- 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? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- 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 eller krampanfall? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, när hade du sista anfallet? _____
- Om ja, har du slutat ta mediciner? Nej Ja
- Om du slutat ta mediciner, ange när _____
13. Har du eller har du haft huvudvärk/migrän som lett till att du ofta varit tvungen att avbryta det du håller på med? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- 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 som lett till att du ofta varit tvungen att avbryta det du håller på med? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- 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 fel på hjärtklaff, bröstsmärtor, hjärtklappningsattacker, svimning, yrsel, svimningskänsla eller plötsligt försämrad kondition? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått _____
- Om du får eller har fått behandling, ange vilken _____
16. Har du diabetes? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, ange vilken behandling du får _____

- 17.** Har du eller har du haft någon annan hormonsjukdom till exempel tillväxt- eller sköldkörtelhormonsrubbnig? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, beskriv dina besvär och ange under hur lång tid de pågått _____
- Om du får eller har fått behandling, ange vilken _____
- 18.** Har du eller har du haft någon skada eller sjukdom i njurar, urinvägar, prostata, livmoder eller besväras du av inkontinens? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, beskriv dina besvär och ange under hur lång tid de pågått _____
- Om du får eller har fått behandling, ange vilken _____
- 19.** Besväras du av att fingrar eller tår blir vita och stela eller får du kraftig påverkan på andra delar av kroppen om du utsätts för kyla? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- 20.** Har du någon gång förfrusit någon kroppsdel och fått bestående besvär? Nej Ja
- Om ja, ange vad du har förfrusit _____
- 21.** Har du nedsatt syn? Nej Ja
- Om ja, på vilket öga? höger vänster båda
- Förbättras din synsättning med glasögon eller linser?
- Kom ihåg att ta med recept från optiker och dina glasögon och/eller linser. Observera att om du använder nattlinser ska du inte använda dem under en vecka innan prövningen.
- 22.** Har du eller har du haft någon ögonskada eller ögonsjukdom? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, beskriv dina besvär _____
- 23.** Har du eller har du haft någon öronsjukdom? Nej Ja, har nu Ja, har haft
- Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått _____
- Om du får eller har fått behandling, ange vilken _____
- 24.** Har du nedsatt hörsel? Nej Ja
- Om ja, på vilket öra? höger vänster båda
- Om svaret är ja underlättas vår bedömning om du har tillgång till hörselkurva (audiogram) och tar med den kopia på den.

25. Har du eller har du haft något av nedanstående besvär?

Nej	Ja, har nu	Ja, har haft		Nej	Ja, har nu	Ja, har haft	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stark oro eller ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sömnpromblem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tvångstankar eller tvångshandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	någon form av ätstörning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	självordstankar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andra psykiska besvär
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	perioder av svår nedstämdhet				

26. Har du eller har du haft en diagnos som rör din psykiska hälsa?

Nej	Ja, har nu	Ja, har haft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, vilken diagnos? _____

Har du fått någon behandling (t.ex. läkemedel, sjukskrivning, terapi, samtalskontakt eller annat stöd)? _____

27. Har du någon gång blivit diagnostiserad med ett neuropsykiatriskt funktionshinder, t.ex. ADHD/ADD, autismspektrumtillstånd eller Tourettes syndrom?

Nej	Ja	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

Nej	Ja, har nu	Ja, har haft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, beskriv _____

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

Nej	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, hur ofta per vecka? 1 gång 2-3 ggr 4 ggr eller mer

Motionerar – med vad? _____

Tävlingsidrottar – med vad? _____

30. Är du gravid?

Nej	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Hur ofta dricker du alkohol?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 gånger/vecka eller mer

Hur många enheter (glas/burkar/drinkar) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler

Har du använt andra droger, t.ex. cannabis, ecstasy eller kokain?

Nej	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du använt anabola steroider?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Kontrollera att du svarat ärligt efter bästa förmåga innan du skriver under hälsodeklarationen.

Datum _____ Telefon _____

Din underskrift _____