



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.

Om du har eller har haft någon skada, sjukdom eller funktionsnedsättning eller genomfört en operation som du tror har betydelse för den utbildning eller anställning du söker ska du även ta med journalkopior, aktuell läkemedelsförteckning eller intyg.

	Nej	Ja	
1. Känner du dig frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Har du någon skada eller sjukdom nu som ger dig besvär? Om ja, beskriv kortfattat dina besvär.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>			
3. Hur mycket väger du? <input type="text"/> kg Hur lång är du? <input type="text"/> cm			
4. Är du beroende av speciell kost eller behöver du undvika något födoämne på grund av överkänslighet/allergieller sjukdom? Om ja, ange vilken typ av kost eller födoämne.	Nej	Ja, är nu	Ja, har varit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>			
5. Har du eller har du haft allergi eller överkänslighet som t.ex. ger:	Nej	Ja, har nu	Ja, har haft
• Rinnande, kliande och/eller svullna ögon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nästäppa och/eller snuva (hösnuva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andningsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vad orsakar/orsakade dina besvär?			
<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>			
Har du någon medicin för dina besvär?	Nej	Ja, har nu	Ja, har haft
Om ja, ange medicinens namn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			

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.

När använde du senast dina astmamediciner?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

Nej Ja, har nu Ja, har haft

Nej Ja, har nu Ja, har haft

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?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

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

Om ja, ange vilken.

Nej Ja, har nu Ja, har haft

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.

Nej Ja, har nu Ja, har haft

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?

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

När hade du sista anfallet?

Har du slutat ta mediciner?

Om du slutat ta mediciner, ange när.

13. Har du ofta besvärande huvudvärk/migrän?

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?

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?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

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

Nej Ja, har nu Ja, har haft

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?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

17. Har du diabetes?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

Om ja, ange vilken behandling du får.

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

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

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.

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

Nej Ja, har nu Ja, har haft

21. Är du eller har du varit 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?

Nej Ja

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?

Nej Ja, har nu Ja, har haft

Om ja, beskriv dina besvär.

25. 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.

26. Har du nedsatt hörsel?

Nej Ja

Om ja, på vilket öra? höger vänster båda

Om möjligt, ta med hörselkurva (audiogram).

27. 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"/>	torg- eller cellskräck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tvångstankar eller tvångshandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sömnpromblem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	självordstankar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	någon form av åtstörning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	perioder av svår nedstämdhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neuropsykiatrisk diagnos
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andra psykiska besvär

Under vilken tidsperiod har du haft besvär och vilken behandling har du fått?

Nej	Ja, har nu	Ja, har haft
<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? Om ja, beskriv.

29. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

Studier Arbete Annat

30. Vilka är dina fritidsintressen? Skriv kortfattat.

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

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?

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

32. Är du van att vistas i naturen?

Om ja, vad gör du då?

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

33. Röker du?

Om ja, hur mycket?

1-10 cigaretter/dag Mer än 20 cigaretter/dag
 11-20 cigaretter/dag

Snusar du?

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

Dricker du alkohol?

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

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

Har du använt andra droger än alkohol?

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

Har du använt anabola steroider?

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

Datum _____ Telefon _____

Din underskrift _____

Kom ihåg! Skriv under hälsodeklarationen.