



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 kan behöva styrka dina uppgifter med intyg eller journalkopior.

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.

Markera dina svar med kryss i rutan. Var noga med att besvara alla relevanta frågor och delfrågor. När vi frågar om du har besvär nu menar vi om besvären förekommit under de senaste veckorna.

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. 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 \_\_\_\_\_

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

- Rinnande, kliande och/eller svullna ögon? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft
- 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 \_\_\_\_\_

5. 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
6. 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?
7. Har du eller har du haft någon annan hudsjukdom? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft
- Om ja, ange vilken?
8. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i rygg eller nacke? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft
- Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått
- Om du får eller har fått behandling, ange vilken
9. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i axlar, armar eller händer? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft
- Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått
- Om du får eller har fått behandling, ange vilken

10. 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, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått

Om du får eller har fått behandling, ange vilken

11. Har du eller har du haft epilepsi eller liknande krampanfall? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft

Om ja, när hade du sista anfallet?

Om ja, har du slutat ta mediciner?

Om du slutat ta mediciner, ange när

12. 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

13. 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, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått

Om du får eller har fått behandling, ange vilken

14. Besväras du av långvarig diarré, förstoppning eller blod i avföringen? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft

Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått

Om du får eller har fått behandling, ange vilken

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, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/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 sköldkörtelhormonsrubbnings? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft   
 Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått \_\_\_\_\_  
  
 Om du får eller har fått behandling, ange vilken \_\_\_\_\_
18. Har du eller har du haft någon skada eller sjukdom i njurar, urinvägar eller besväras du av inkontinens? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft   
 Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått \_\_\_\_\_  
  
 Om du får eller har fått behandling, ange vilken \_\_\_\_\_
19. Har du haft besvär i könsorgan (t. ex. prostata eller livmoder)? Ange vad som är relevant för dig. Nej  Ja, har nu  Ja, har haft   
 Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått \_\_\_\_\_  
  
 Om du får eller har fått behandling, ange vilken \_\_\_\_\_
20. 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
21. Har du någon gång förfrusit någon kroppsdel och fått bestående besvär? Nej  Ja   
 Om ja, ange vad du har förfrusit och beskriv dina besvär \_\_\_\_\_
22. Har du nedsatt syn? Nej  Ja   
 Om ja, på vilket öga?  höger  vänster  båda  
 Använder du synhjälpmedel, glasögon eller linser? Nej  Ja
- 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 provningen.
23. Har du eller har du haft någon ögonskada eller ögonsjukdom? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft   
 Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått \_\_\_\_\_

24. Har du eller har du haft någon öronsjukdom? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft

Om ja, ange när, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågick/pågått

Om du får eller har fått behandling, ange vilken

25. Har du nedsatt hörsel? Nej  Ja

Om ja, på vilket öra?  höger  vänster  båda

26. Har du eller har du haft något av nedanstående besvär? (besvara alla punkter)

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

27. Har du eller har du haft en diagnos som rör din psykiska hälsa? Nej  Ja, har nu  Ja, har haft

Om ja, vilken diagnos?

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

28. Har du någon gång blivit diagnostiserad med en neuropsykiatrisk funktionsvariation, till exempel ADD/ADHD, autismspektrumstörning eller Tourettes syndrom? Nej  Ja  Vet ej

29. 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

Om ja, beskriv

**30. Utövar du fysiska aktiviteter eller motionerar du regelbundet?**

Nej

Ja

Med fysiska aktiviteter menar vi arbete eller fritidsaktiviteter som anstränger kroppen och motion kan vara till exempel löpning, cykling, gymträning eller lagidrott.

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

Fysisk aktivitet – vilken/vilka? \_\_\_\_\_

Motionerar – med vad? \_\_\_\_\_

**31. Är du gravid? (gäller dig som kan vara gravid)**

Nej

Ja

**32. Hur ofta dricker du alkohol?**

Aldrig

1 gång i månaden  
eller mer sällan2-4 gånger  
i månaden2-3 gånger  
i veckan4 gånger/vecka  
eller mer

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

1-2

3-4

5-6

7-9

10 eller fler

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

Nej

Ja

Har du använt anabola steroider?

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

Datum \_\_\_\_\_

Din underskrift \_\_\_\_\_