



Personuppgifter

Fullständigt namn	Personbeteckning
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Utbildning	Tjänstduglighetsklass (exkl. kvinnor)

Uppgifter om sökandens hälsa

Har du haft?	Nej	Ja	Utredning (fortsätt vid behov på omstående sida)
Återkommande svår huvudvärk, migrän	☐	☐	
Svindel, svimningsanfall	☐	☐	
Psykiska störningar, depression, ångest	☐	☐	
Alkoholmissbruk, narkotikamissbruk	☐	☐	
Hjärnhinneinflammation (meningit)	☐	☐	
Svalginflammationer (faryngit)	☐	☐	
Öroninflammationer (otit)	☐	☐	
Fel på hörseln, öronsjukdomar	☐	☐	
Bihåleinflammationer	☐	☐	
Tälfel	☐	☐	
Ögonsjukdomar/brytningsfel	☐	☐	
Astma eller annan lungsjukdom	☐	☐	
Leversjukdomar, gulsot	☐	☐	
Ledinflammationer, reuma	☐	☐	
Skelett- och muskelsjukdomar (rörelseorganens sjukdomar eller besvär)	☐	☐	
HIV-positiv	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Blodsjukdomar och anemi	☐	☐	
Hjärt- och kärlsjukdomar	☐	☐	
Blodtryckssjukdom (hypertoni)	☐	☐	
Allergier	☐	☐	
Livsmedels- eller läkemedelsöverkänslighet	☐	☐	
Eksem	☐	☐	
Medfödda fel	☐	☐	
Sjukvård, olyckor	☐	☐	
Medvetelslöshetsattacker/kramper	☐	☐	

Funktionella faktorer

Synförmåga (kryss i rutan):		
Glasögon	☐ nej ☐ ja	Glasögonens styrka: höger _____ vänster _____
☐ brytningsfel	☐ dubbelseende	☐ färgblindhet ☐ annat, vad _____
Hörsel (kryss i rutan)		
☐ hörselskada, orsak _____	☐ tinnitus	☐ annat, vad _____

Hälsövanor

Motionsintressen	
Gånger per vecka _____ Timmar sammanlagt per vecka _____	Motionsgrenar _____
Tobak/snus (kryss i rutan):	
☐ jag röker inte ☐ sporadiskt ☐ regelbundet _____ cigaretter/dag	
Alkoholkonsumtion	
uppskattning/ vecka _____	
Användning av läkemedel	
☐ jag använder inte ☐ jag använder, preparatets namn/dos/tid _____	
Användning av narkotika	
☐ jag använder inte ☐ sporadiskt ☐ jag har prövat	

Närmare tilläggsutredningar

--	--	--

Jag intygar att jag har besvarat ovanstående frågor sanningsenligt och enligt bästa förstånd.

Ort	Datum	Underskrift