



Personalien

Familiename		Vorname(n)			Personenkennzeichen	
Aktuelle Adresse		PLZ	Ort und Land	Telefon	E-Mail	
Nächster Angehöriger		Telefon		E-Mail		
Stand der Studien						
<input type="checkbox"/> ich studiere nicht		<input type="checkbox"/> ich studiere noch, bis zum _____		<input type="checkbox"/> ich arbeite nicht		<input type="checkbox"/> ich arbeite, wo? _____
Name der Lehranstalt, Studienrichtung oder Fakultät (detaillierte Angaben)				Jetziger Beruf		
Führerschein	Führerscheinklasse	Wenn der Führerschein fehlt, ist die Fahrausbildung im Gange?	Führerscheinklasse und Phase der Fahrausbildung	Sportform		Sportzweig/Niveau
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	_____	<input type="checkbox"/> Berufs-/Leistungssportler <input type="checkbox"/> Konditionssportler		
Interessen/Freizeitbeschäftigungen						

Wünsche bezüglich des bevorstehenden Wehrdienstes

Ich werde mich bewerben für: (Wenn Sie Interesse an den Spezialtruppen haben, bewerben Sie sich bitte dafür separat.)  <input type="checkbox"/> Fallschirmjägerschule <input type="checkbox"/> Sporttruppen <input type="checkbox"/> Ausbildung der Luftstreitkräfte <input type="checkbox"/> Militärmusiker <input type="checkbox"/> Taucher  <input type="checkbox"/> Spezialgrenzjäger <input type="checkbox"/> Elektronische Kriegsführung <input type="checkbox"/> Internationale Eingreifkräfte	Gewünschter Dienstantritt in den auf der Musterung folgenden drei Jahren: 1)			Gewünschter Truppenteil oder Dienstort 1)
	1. Jahr _____  <input type="checkbox"/> I Kontingent Januar <input type="checkbox"/> II Kontingent Juli	2. Jahr _____  <input type="checkbox"/> I Kontingent Januar <input type="checkbox"/> II Kontingent Juli	3. Jahr _____  <input type="checkbox"/> I Kontingent Januar <input type="checkbox"/> II Kontingent Juli	1. _____ 2. _____ 3. _____  <input type="checkbox"/> Beliebig

1) Gründe für Ihre Wünsche betreffend Dienstantritt und Truppenteil(e)

Familienname  Vorname(n)

### Allgemeine Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Lebensweise

Fühlen Sie sich gesund?	Fühlen Sie sich in der Lage, den Wehrdienst zu vollenden?	Was denken Sie darüber, Ihren Wehrdienst anzutreten?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gerne <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> Kein Interesse daran <input type="checkbox"/> Keine Lust	
Ich komme mit der körperlichen Belastung während des Wehrdienstes klar		Wie gut schlafen Sie?	Größe <input type="text"/> cm
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Manchmal Probleme <input type="checkbox"/> Schlecht		Gewicht <input type="text"/> kg
Benutzen Sie rezeptpflichtige Medikamente?	Wenn ja, welche Medikamente?	Trinken Sie alkoholische Getränke?	Rauchen Sie? Wie viele Zigarette oder Portionen Snus pro Tag (im Durchschnitt)?
<input type="checkbox"/> Regelmäßig <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Jeden Monat <input type="checkbox"/> Jede Woche <input type="checkbox"/> 4 mal oder mehr pro Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="text"/>
			Nehmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Oft

### Krankheiten und Symptome

Haben oder hatten Sie irgendwelche der unten aufgeführten Krankheiten oder Symptome (Bitte alle Fragen mit entweder Ja oder Nein beantworten)?

- | Ja                       | Nein                     |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates oder Unfälle</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Rücken  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Knie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Knöchel   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Eingeschränkte Teilnahme an der Sportunterricht in der Schule   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Etwas anderes   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2. Stoffwechsel-, innere Sekretions- und Ernährungskrankheiten (z. B. Funktionsstörung der Schilddrüse, Diabetes)</b> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3. Herz- und Gefäßkrankheiten (z. B. Herzfehler, erhöhter Blutdruck, Rhythmusstörungen)</b>                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4. Krankheiten des Atmungssystems (z. B. Asthma)</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5. Allergie oder Hautkrankheit</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>6. Neurologische Krankheiten (z. B. Kopfschmerzen, Migräne oder Epilepsie)</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>7. Angeborene Fehlbildung</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8. Augen- und Ohrkrankheiten</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>9. Krankenhausaufenthalte und Operationen</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>10. Psychische Erkrankungen, Konzentrationsstörungen, Nervosität, Depression</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>11. Sind Sie wegen psychischer Erkrankungen oder Symptome in Behandlung gewesen?</b>                                  |

Wenn Sie eine oder einige Fragen mit Ja beantwortet haben, beschreiben Sie bitte hier näher die Krankheit(en) und Symptome. Wo waren Sie in Behandlung und Wann? Geben Sie vor allem Behandlungen an, die noch nicht abgeschlossen sind, sowie eventuelle beachtenswerte Behinderungen.

### Unterschriften des Musterungspflichtigen. Ich versichere hiermit, die oben gestellten Fragen wahrheitsgemäß ohne Verheimlichungen oder Übertreibungen beantwortet zu haben.

Die im Formular gefragten Angaben sind in dem Wehrpflichtregister, das im Paragraph 4, Moment 1 im Gesetz über das Bearbeiten von Personendaten in den Finnischen Verteidigungskräften (332/2019) gemeint ist, eingeschlossen. Der verantwortliche Registerführer des Wehrpflichtregisters ist laut Moment 3 derselben Verordnung das Oberkommando. Von dem Verwendungszweck des Wehrpflichtregisters wird im Paragraph 5 im Gesetz über das Bearbeiten von Personendaten in den Finnischen Verteidigungskräften vorgeschrieben. Auf das Bearbeiten von Personendaten wird darüber hinaus, was im Gesetz über das Bearbeiten von Personendaten in den Finnischen Verteidigungskräften verordnet ist, auch das im Zusammenhang mit dem Bearbeiten von Personendaten in strafrechtlichen Prozessen und der Aufrechterhaltung der nationalen Sicherheit gegebene Gesetz (1054/2018) angewandt, mit Ausnahme von Paragraph 10, Moment 2, Paragraph 54 und Kapitel 7 dieses Gesetzes.

<b>Bei der Vorausuntersuchung des Gesundheitszustandes</b> (Unterschrift zu Hause/im Gesundheitszentrum)	<b>Musterungsärztliche Untersuchung</b> Änderung der Angaben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Eingangsuntersuchung beim Truppenteil</b> Änderung der Angaben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift