



Person- och basuppgifter

Efternamn	Förnamn		Personbeteckning	
Utdelningsadress	Postnummer	Postanstalt	Yrke	
Identitet	Den undersöktes åsikt om sin nuvarande hälsa		Använder du läkemedel ofta eller regelbundet	
<input type="checkbox"/> personen känd	<input type="checkbox"/> konstaterad på basen av identitetsbevis	<input type="checkbox"/> har inte konstaterats	<input type="checkbox"/> god	<input type="checkbox"/> tämligen god
			<input type="checkbox"/> dålig	<input type="checkbox"/> nej
			<input type="checkbox"/> ja, vilka _____	
Föremål för läkarundersökning	Fynd		Inverkar på tjänstdugligheten/ tjänstgöringssäkerheten	
	Normal/t/a	Avvikande	Ja	Nej
1.Allmänt intryck				
2.Kroppsbyggnaden				
3.Muskulaturen				
4.Psykiskt tillstånd				
5.Nervsystemet				
6.Hjärtat och cirkulationsorganen				
7.Lungorna				
8.Munnen, näsan, svalget				
9.Tänderna				
10.Trumhinnorna				
11.Hörseln				
12.Magen				
13.Färgsinnet: vilken metod ?				
14.Huden				
15.Övre extremiteterna				
16.Nedre extremiteterna: knäna, vristerna				
17.Ryggen				
18.Annat fynd, vad?				
19.Vikt kg Längd cm BMI				
20.Blodtryck / mm Hg				
Övriga faktorer som påverkar tjänstgöringen	Ja	Nej	Ja	Nej
21.Problem med rörelseorganen				
22.Läkemedel med betydelse för tjänstgöringen				
23.Annat som påverkar tjänstgöringen, vad?				
24.Bör deltagande i motion och idrott begränsas?				
25.Konstaterade allergier				
Punkt	Sjukdomens art, begynnelse datum, vård, sjukhus eller läkare, återfall och andra följder			Andra fynd
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
				<input type="checkbox"/> Fortsätter i bilaga _____ Bilagor _____ st
Den undersöktes underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är sanningsenliga.			
	Ort och tid	Underskrift		

Läkarens uppgifter om den undersökte

Känner inte till den undersöktes hälsotillstånd Känner till den undersöktes hälsotillstånd

Jag har följt hälsotillståndet hos den undersökte:

1) personligen sedan år _____

2) utifrån handlingar sedan år _____

Punkt Tilläggsutredningar (bl.a. laboratorieundersökningar, audiometerundersökningar), se skild bilaga

Syn utan glasögon h/v

Syn med glasögon h/v

Högra ögat sf D | cyl D | ax °

Vänstra ögat sf D | cyl D | ax °

Utlåtande om lämplighet för beväringstjänstgöring

<input type="checkbox"/> lämplig	<input type="checkbox"/> med vissa begränsningar lämplig (se utredn. ovan)	<input type="checkbox"/> olämplig (se utredningarna ovan)
1. Läkarutlåtande (förhandsgranskning) Jag anser att den undersöktes tjänstduglighetsklass enligt försvarsmaktens anv. om hälsogranskning (TTO) är: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ år	ICD-diagnoskod(er)	2. Läkarutlåtande (uppbåd) Jag anser att den undersöktes tjänstduglighetsklass enligt försvarsmaktens anv. om hälsogranskning (TTO) är: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ år
ICD-diagnoskod(er)		
Övriga anmärkningar (bl.a. eventuella andra inskränkningar i tjänstdugligheten)		Övriga anmärkningar (bl.a. eventuella andra inskränkningar i tjänstdugligheten)
Datum och läkarens underskrift		Datum och läkarens underskrift
Namnförtydligande, stämpel Tjänsteställning, inrättning/tjänstproducent		Namnförtydligande, stämpel Tjänsteställning, inrättning/tjänstproducent

Regionalbyråns/Uppbådsnämndens beslut om tjänstduglighetsklass

Datum	Regionalbyrå/Uppbådsnämnd	Tjänstduglighetsklass
Beslutsfattarens grad, namn och tjänsteställning		