

**Henkilötiedot**

Täydellinen nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Koulutus	Palveluskelpoisuusluokka (pl.naiset)

Tietoja hakijan terveydestä

Onko ollut ?	Ei	Kyllä	Selvitys (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle)
Toistuva kova päänsärky, migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huimausta, pyörtymistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mielenterveyshäiriöitä, masennus, ahdistuneisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholin, huumeiden väärinkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aivokalvontulehdus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nielutulehdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Korvatulehdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kuulovika, korvasairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nenän sivu-/poskiontelotulehdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Puhevika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Silmäsairaudet / taittoviat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma tai muu keuhkosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maksasairaudet, keltatauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niveltulehdukset, reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luuston ja lihasten taudit (tuki- ja liikuntaelinten taudit tai vaivat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV-positiivisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veritaudit ja anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sydämen ja verisuoniston taudit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ruoka-aine- tai lääkeaineyliherkkyydet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ihottumat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Synnyttäiset viat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sairaanhoido, tapaturmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tajuttomuuskohtaukset/kouristukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Toiminnalliset tekijät

Näkökyky (rasti ruutuun):	
Silmälasit <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> on	Lasien vahvuus: oikea _____ vasen _____
<input type="checkbox"/> taittovika <input type="checkbox"/> kaksoiskuvat <input type="checkbox"/> värisokeus <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	
Kuulo (rasti ruutuun):	
<input type="checkbox"/> kuulovaurio, syy _____	<input type="checkbox"/> korvien soiminen <input type="checkbox"/> muu, mikä _____

Terveystottumukset

Liikuntaharrastukset	
Kertaa viikossa _____ Tuntia yhteensä viikossa _____	Liikuntalajit _____
Tupakka / nuuska (rasti ruutuun):	
<input type="checkbox"/> en polta <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> säännöllisesti _____ savuketta / pv	
Alkoholinkulutus	
arvio/viikko _____	
Lääkkeiden käyttö	
<input type="checkbox"/> en käytä <input type="checkbox"/> käytän, valmisteen nimi / annos / aika _____	
Huumeiden käyttö	
<input type="checkbox"/> en käytä <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> kokeillut	

Tarkemmat lisäselvitykset

Vakuutan vastanneeni edellä oleviin kysymyksiin totuudenmukaisesti ja parhaan ymmärrykseni mukaan.

Paikka	Pvm	Allekirjoitus